10 26

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928 — THESE — N° ____

251

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Victor, Constant LOUIS

Ancien interne à l'Infirmerie Centrale des Prisons de la Seine

Né le 5 Octobre 1902, à Baie Mahault (Guadeloupe)

DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE A TERME ET DE LA RÉTENTION DU FŒTUS MORT

Président : M. GOSSET, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1928

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928 — THESE — N° ——

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Victor, Constant LOUIS

Ancien interne à l'Infirmerie Centrale des Prisons de la Seine

Né le 5 Octobre 1902, à Baie Mahault (Guadeloupe)

DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE A TERME ET DE LA RÉTENTION DU FŒTUS MORT

Président : M. GOSSET, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1928

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIDET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirugicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté ***que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées*** *doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE

DE MON PERE ET DE MA MERE

A MES FRERES ET SŒURS

A M. ET M^me^ E. CLAINVILLE-BLONCOURT

Veuillez accepter ce gage de mes fraternels sentiments et de ma vive reconnaissance, en souvenir de tous les bienfaits dont vous m'avez comblé, sachant si bien remplacer auprès de moi mes parents trop tôt disparus.

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET,

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de Médecine
Grand-Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait le grand honneur de s'intéresser à mon modeste travail et d'en accepter la Présidence, après m'avoir donné, au début de mes Etudes, les premières notions de la chirurgie. Je vous prie d'accepter l'assurance de ma profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur RAYMOND BERNARD,

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris
Chef de Clinique Chirurgicale

qui m'a suggéré l'idée de cette thèse et m'a si judicieusement conseillé au cours de ce travail. En témoignage de ma vive gratitude.

Monsieur le Docteur BERNARD,

Chirurgien de l'Infirmerie Centrale
des Prisons de la Seine

Je vous dois la plus grande part de mon éducation chirurgicale et c'est avec émotion que je vous dédie cet humble ouvrage, en vous priant d'accepter l'hommage de mon respectueux dévouement et de ma reconnaissance infinie.

Monsieur le Docteur MEUVRET,

Médecin de l'Infirmerie Centrale
des Prisons de la Seine

En témoignage de ma profonde gratitude et de mon affectueuse sympathie.

INTRODUCTION

Nous venons d'avoir connaissance d'une observation inédite de M. le Docteur Raymond Bernard, Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, chef de clinique chirurgicale, relatant un cas assez rare et très intéressant de grossesse extra-utérine ayant dépassé le terme, avec rétention du fœtus mort, pour lequel il a été consulté et où il a pratiqué une intervention chirurgicale qui, malheureusement, n'a pas eu de succès, malgré une technique parfaite.

Voici, tel que nous l'a obligeamment communiqué le Dr Bernard, le détail de cette observation :

OBSERVATION I (inédite)

Mme X..., âgée de 35 ans, dernières règles en mai 1927, n'a cessé de présenter des accidents pendant toute sa grossesse, qui ne furent jamais rapportés à leur véritable cause : hémorragies répétées, douleurs continuelles. En février 1928, crises abdominales se traduisant par des douleurs diffuses. Puis tout rentre dans l'ordre ; elle ne sent plus remuer son enfant ; *le ventre diminue de volume et devient*

irrégulier ; montée laiteuse. On fait à ce moment le diagnostic de grossesse extra-utérine, bien qu'il soit impossible de sentir l'utérus non gravide à côté du kyste fœtal. Mais la diminution importante du volume de l'abdomen, sa forme irrégulière et la perception toute superficielle du fœtus permettent ce diagnostic.

L'état général est excellent, pas de température, et comme la mort du fœtus remonte à un mois, on décide l'intervention immédiate.

Opération le 7 mars 1928 par le Dr Bernard. Aide : Dr Job. Anesthésie à l'éther. Incision médiane sus et sous-ombilicale. On voit au milieu des anses intestinales un kyste fœtal incomplet qui laisse passer l'épaule de l'enfant. La totalité des viscères maternels, du diaphragme au bassin et du flanc droit au flanc gauche, présente une teinte verdâtre très foncée : le foie, l'estomac, toutes les anses grêles sont couverts de méconium. On agrandit sans difficultés la poche fœtale et on extrait un enfant bien constitué, mais dont la tête complètement vidée n'a pas plus de six à sept centimètres d'épaisseur. On extrait sans peine et sans la moindre hémorragie un placenta grisâtre, peu étalé et s'implantant sur les anses grêles. On détache facilement les deux tiers supérieurs de la poche fœtale, on pratique une hystérectomie à l'américaine, pensant obtenir ainsi le fond du sac, mais on se rend compte qu'il faudra une véritable dissection et l'on préfère terminer par un

Mickuliez. Fermeture de la paroi au bronze. Durée totale de l'opération : 40 minutes.

On s'aperçoit à ce moment que la femme n'a plus de pouls; on pratique le traitement habituel, mais la femme meurt presque instantanément, victime d'un choc, pense le Dr Bernard, semblable au choc anaphylactique, conséquence d'une résorption toxique massive.

***

Ayant considéré ce cas, nous avons été frappés de la différence profonde qui existe entre, d'une part les manifestations cliniques du début de la gestation ectopique, période où le diagnostic est relativement aisé grâce à sa richesse symptomatique relative, et d'autre part celles qui se présentent après le cinquième mois de l'évolution de l'affection et jusqu'au terme, quand par hasard elle a été silencieuse jusqu'à ce terme de cinq mois.

En effet, avant le cinquième mois, le diagnostic de la grossesse ectopique est fondé sur des signes physiques et fonctionnels manifestes, spéciaux : douleurs abdominales avec ses deux types péritonitique ou syncopal, hémorragies, expulsion de lambeaux de caduque, le tout se répétant à intervalles réguliers; perception surtout par le toucher de l'utérus non gravide indépendant de la tumeur abdominale. L'évolution d'autre part est souvent marquée par des complications sérieuses : rupture ou avortement tu-

baire donnant lieu à l'hématocèle pelvienne ou à la redoutable inondation péritonéale.

Après le cinquième mois au contraire, et jusqu'au terme, la grossesse extra-utérine ne donne pas toujours lieu à des signes cliniques nets et aux complications du début. Le diagnostic n'est souvent pas fait et l'on croit à une grossesse normale jusqu'au moment où, soit la mort du fœtus au voisinage du terme, soit le faux-travail avec rétention de l'enfant mort au-delà du terme, invitant à rechercher les causes du phénomène, les font attribuer à la grossesse ectopique existante et jusque-là méconnue.

Cette grossesse extra-utérine évoluant jusqu'à terme a retenu notre attention à ce triple point de vue :

1° Sur le danger permanent que court la femme, vaquant à ses occupations, soumise à la trépidation et aux secousses des véhicules, prenant le tramway ou l'autobus au milieu de bousculades, avec une grossesse extra-utérine étant allée à terme ou l'ayant dépassé, chez laquelle une déchirure aurait été accompagnée d'une hémorragie interne, mortelle en quelques minutes. D'autre part, l'infection qui la guette sans cesse ne lui ménage pas non plus ses effets désastreux ;

2° Sur la difficulté du diagnostic et l'erreur souvent commise, la grossesse étant crue normale, du fait qu'on ne songe pas assez à la possibilité de la grossesse ectopique devant des incidents d'apparence

banaux, et d'en rechercher les signes en s'aidant au besoin de la radiographie ;

3° Sur la rapidité de la guérison qui peut survenir fréquente, mais il est vrai, incertaine, par l'intervention qui peut influencer d'une façon heureuse le grave pronostic maternel, et quelquefois même le pronostic fœtal.

ETUDE CLINIQUE ET EVOLUTION

Avant d'exposer les observations analogues à celle qui nous a inspiré notre thèse, et que nous avons recherchées dans la littérature, nous allons esquisser brièvement le tableau clinique de la grossesse ectopique au voisinage du terme, tant en deçà qu'au delà, mettant en relief les difficultés que l'on rencontre à établir le diagnostic de cette affection d'une part, et d'autre part à en instituer le traitement.

La grossesse extra-utérine qui a dépassé le cinquième mois de son évolution ne donne pas toujours lieu à des signes particuliers, ce qui fait que le diagnostic est méconnu, tous les sypmtômes plaidant en faveur d'une gestation normale. En effet, dans un cas comme dans l'autre, les signes sont les mêmes :

Augmentation du volume du ventre ;

Sensation des parties fœtales à travers la paroi abdominale ;

Perception des bruits du cœur à l'auscultation et le médecin, même s'il existe quelques signes fonctionnels frustes, ainsi qu'il en est souvent, rapporte ceux-ci à d'autres causes et ne pense même pas à la grossesse ectopique. Notons pourtant l'anomalie des règles qui est importante pour le diagnostic.

Cependant les signes physiques peuvent être très nets comme ils ont été décrits par les auteurs :

Forme pas très bien limitée du kyste fœtal, différente de l'ovoïde à grand axe vertical de l'utérus gravide ;

Tumeur immobilisée à la paroi, ne se contractant pas pendant l'examen ;

Le fœtus semble plus superficiel ; on sent les parties fœtales sous la peau ;

Le col est ramolli, mais moins que dans la grossesse utérine (Pinard), refoulé contre la symphyse pubienne en avant.

Mais les deux seuls signes qui seraient pathognomoniques sont : *la vacuité de la cavité utérine,* lors d'un cathétérisme ou d'un toucher intra-utérin, et *la sensation de l'utérus hypertrophié à côté de la masse formant le kyste fœtal,* si l'on pensait à les rechercher. Il serait certes possible de sentir le fond utérin au-devant du pubis, mais on ne le cherche pas si aucun signe n'invite à penser à la possibilité de grossesse ectopique (J.-L. Faure). Quant au toucher intra-utérin, rappelons qu'il est interdit chez la femme enceinte, et qu'on ne le fait pas, justement parce que comme nous l'avons dit, on croit souvent avoir affaire à une grossesse normale.

Difficultés d'interprétation des signes cliniques

Ajoutons encore pour préciser les difficultés qui se présentent au clinicien, que les signes cliniques

existent nombre de fois, le plus souvent isolément, mais qu'ils contribuent en général à égarer le diagnostic plutôt que de l'éclairer. Ces signes sont d'ailleurs des accidents analogues à ceux qui peuvent se présenter au début de l'évolution de la grossesse ectopique. Les observations que nous rapportons prouvent que chacun des accidents survenus a été attribué à des causes autres que l'affection coupable. Nous allons passer en revue successivement les signes fonctionnels, les signes physiques, et enfin les signes ayant la valeur de complications survenant pendant l'état de gestation.

A. — *Signes fonctionnels*

Ce sont : les douleurs, les hémorragies, l'expulsion de lambeaux de caduque, les troubles par compression.

1° *Les douleurs* sont prises quelquefois pour des troubles sans importance (obs. V) ou associées aux hémorragies, elles ont pu faire penser à l'avortement (obs. XIII). D'autres fois, elles ont été attribuées à la cholécystite (obs. IV), à l'appendicite (Violet, obs. II), à la péritonite (obs. IX), à la colique néphrétique (Bocquel, obs. X).

2° *Les hémorragies* ont été rapportées à l'avortement (obs. IV, XIII), au placenta praevia (Martin, obs. XI), au décollement prématuré du placenta (Tissier, obs. XII).

3° *L'expulsion de lambeaux de caduque* serait encore le symptôme le plus important, celui qui traduirait le plus la réaction vitale de l'utérus, faisant son apparition, soit dans les premiers mois, soit au moment du faux travail. La membrane expulsée est constituée par la muqueuse utérine hypertrophiée, ayant subi les modifications de la grossesse, et la majorité des auteurs pense actuellement que cette expulsion de caduque ne joue aucun rôle sur l'évolution de la grossesse extra-utérine. Nombreux sont les cas où la grossesse ectopique a évolué jusqu'à terme, malgré l'expulsion de lambeaux de caduque qui, accompagnée d'hémorragies plus ou moins abondantes et de douleurs, a fait porter le diagnostic de simple menace d'avortement. D'autres fois, comme dans le cas de Demelin et Devraigne (obs. XIII) les lambeaux de caduque n'ont pas été identifiés.

4° Il n'en est pas jusqu'aux *troubles par compression* (troubles de la miction et de la défécation, consistant en rétention d'urine, cystite, urétéro-pyélonéphrite constipation opiniâtre, œdème unilatéral accompagné d'albuminuries, hématuries) qui n'aient pu prêter à erreur. C'est ainsi que, dans un cas de Bar, présenté à la Société Obstétricale de Paris, en 1911, la femme avait eu des douleurs violentes et syncopales, phénomènes qui avaient fait penser à la *rétroversion de l'utérus gravide.*

B. — *Signes physiques*

Nous avons donné plus haut les signes physiques qui pourraient faire porter le diagnostic de grossesse ectopique, mais comme les signes fonctionnels eux-mêmes, ils font souvent défaut ou bien ils ne sont pas recherchés. Des deux signes pathognomoniques que nous avons énumérés, éliminons de suite la vacuité utérine qui ne doit pas être recherchée en cas de doute sur la possibilité de grossesse normale. Reste la constatation de l'utérus augmenté de volume à côté de la tumeur abdominale, mais ces deux tumeurs ne sont pas toujours isolées. L'utérus et le kyste fœtal peuvent constituer une masse unique sur la ligne médiane ; d'autres fois la matrice est au-devant du sac, étalée sur lui, inaccessible au doigt, ou bien elle est latérale ou postérieure au sac.

Il arrive que la tumeur mise en évidence, adhérente ou presque à l'utérus, n'st pas identifiée et on en méconnaît la nature. Chavannaz, dans le cas rapporté par Lacouture et Charbonnel (obs. III), avait fait le diagnostic de *fibrome*, compliquant la grossesse normale ; de même Lejars dans le cas de Boissard (obs. VI) et Voigt, en 1891, avaient pensé à un *kyste de l'ovaire*. D'autres fois encore, l'utérus hypertrophié lui-même partiellement, induit en erreur, tel le cas intéressant de Demelin et Devraigne (obs. XIII), où l'hypertrophie du muscle utérin, ayant porté sur le col et le museau de tanche, fit porter le diagnostic d'*hyperthophie simple* du col au cours

d'une grossesse utérine, et où l'opération césarienne fut décidée dans le seul but de prévenir la dystocie du travail. Signalons encore le cas curieux d'Orfila où la putréfaction d'un fœtus intra abdominal, donna le tableau clinique d'une affection purulente avec fistulisation abdominale, faisant penser à la *péritonite bacillaire* (obs. IX.)

C. — *Signes-complications de l'état de gestation en général*

En l'absence de tout signe fonctionnel ou physique, il peut survenir des troubles faisant penser, soit à des complications inopinées au cours de la gestation, soit à de simples manifestations de l'auto-intoxication gravidique. Quand ces troubles sont légers (gastralgies, vomissements, albuminurie), on les considère comme des phénomènes banaux. Mais ce peut être des troubles graves, de véritables complications. Ces complications sont ou bien inopinées, à début cataclysmique, et alors on croit à une *rupture utérine* (obs. XII), à *l'hématocèle*, ou bien elles se développent lentement, résultat de la toxhémie donnant lieu à des vomissements incoercibles, à l'albuminurie, à l'éclampsie, etc. Ces cas sérieux sont, si l'on peut dire, heureux pour l'élaboration du diagnostic, car la gravité des symptômes commande une intervention, soit l'avortement thérapeutique ou l'ac-

couchement prématuré provoqué (Pinard, Boissard) qui fait découvrir la vacuité utérine après dilation cervicale, soit la laparatomie qui présente au chirurgien le kyste fœtal dont l'existence avait été jusque-là méconnue (Lejars).

D. — *La grossesse ectopique a évolué jusqu'à terme sans manifestations et sans que le diagnostic soit fait.*

Quand la grossesse ectopique a évolué sans aucun incident jusqu'à terme, et il en est quelquefois ainsi, ou quand les manifestations que nous avons signalées ont été faussement interprétées, il se produit au voisinage du terme, ou même quelquefois à partir du 7e mois, un phénomène assez analogue à l'accouchement normal, avec en moins l'expulsion du produit de conception, phénomène au cours duquel le fœtus meurt s'il avait vécu jusque-là (notons que souvent la mort du fœtus, sans cause apparente, fait découvrir la grossesse extra-utérine) : C'est le faux travail, caractérisé par des signes particuliers :

Douleurs intermittentes dues aux contractions utérines semblables aux douleurs de l'accouchement normal, contractions souvent réveillées par l'infection du fœtus dans le sac ;

Ecoulement sanguin par le vagin qui entraîne des débris membraneux formés par la caduque, sans naturellement l'expulsion du fœtus qu'on attend en vain et qui succombe ;

Montée de lait consécutive, et même un léger écoulement lochial.

Puis tout rentre dans l'ordre, il y a rétention du fœtus mort.

Signalons, à titre de curiosité seulement, ce cas extraordinaire d'une grossesse extra-utérine observée par Vaudescal en 1924, qui étant arrivée à terme, se termina par l'accouchement spontané d'un enfant vivant, expulsé à travers une effraction du cul-de-sac de Douglas (obs. XIV).

Le diagnostic clinique de la grossesse ectopique au voisinage du terme est certes quelquefois, comme nous l'avons montré, d'une insurmontable difficulté, et c'est pourquoi on cherche à multiplier les moyens d'investigation qui permettent de la découvrir.

Si l'enfant est vivant, on trouve dans la *radiographie* un auxiliaire précieux qui permet de constater, surtout après pneumopéritoine, un utérus augmenté de volume avec une trompe distendue (Speidel et Turner). D'après Edling, le fœtus ectopique ne donnerait pas, comme le fœtus utérin, une image centrée sur l'axe pelvien et symétrique par rapport à lui. Dans certains cas, à la radio, il n'est

pas décelé de fœtus chez la femme présentant des signes de grossesse, mais une ombre para-utérine correspondant au kyste fœtal ectopique.

PRONOSTIC FŒTAL

Le pronostic est redoutable. En effet, sa situation hors de la matrice fait naître des causes multiples qui nuisent à son développement.

1° D'abord le placenta s'insère sur un organe non destiné à le nourrir ; il est déficient malgré son volume parfois énorme. Des décollements parcellaires, dus au défaut d'ampliation de l'organe qui le contient, font qu'il ne remplit que par endroits son rôle physiologique, restreignant ainsi le champ de l'hématose et causant la mort du fœtus ;

2° Ensuite le fœtus se trouve atteint par des microbes et des toxines dont le point de départ est, soit l'état de toxhémie de la femme, soit les anses intestinales. Souvent encore, on en est réduit à des hypothèses pour essayer de trouver la porte d'entrée des organismes infectieux, devant le fait que beaucoup d'enfants extraits bien conformés, échappés à la mort pendant la gestation, succombent pâles ou cyanosés, sans qu'on puisse attribuer la mort à une faute de technique opératoire ou à l'asphyxie causée par le faux-travail, l'opération ayant eu lieu avant l'apparition de ce phénomène ;

3° Enfin les compressions dont le fœtus est menacé, mal protégé qu'il est par les parois du kyste trop minces et non contractiles, contenant une quantité insuffisante de liquide amniotique, entraînent pour lui des conséquences, plus tardives que les précédentes, mais aussi fâcheuses. Cette compression permanente du fœtus entraîne des positions vicieuses qui le déforment comme dans la grossesse avec oligo-amnios.

Les malformations qui en résultent sont précoces, souvent incompatibles avec la vie ; quand elles sont plus légères, elles restent permanentes, ou même s'accentuent à mesure que le fœtus grossit (Werder), nuisant à l'esthétique, faisant des impotents, des dégénérés physiques et des débiles mentaux (Baronnet). Rares sont les cas, comme ceux d'Adiarof et Sittner, où les enfants bien conformés se sont développés normalement.

Baronnet a donné la statistique suivante :

Sur 303 enfants retirés vivants :

181, soit 56 % sont morts dans les premières heures qui suivirent l'extraction ;

132, soit 44 % ont survécu.

Sur ces 131 survivants :

67, soit 50 % sont morts dans la première année ;

23, soit 18 % sont morts de 2 à 5 ans ;

42, soit 32 % auraient dépassé 5 ans.

De plus, sur les 132 enfants qui avaient survécu à l'extraction, 30 % étaient atteints de malformations consistant en luxations, membres distordus, bec-de-lièvre, mains et pieds bots, déformations crâniennes ou thoraciques par aplatissement.

Delcamp a retrouvé 69 cas qui lui ont permis de dresser la statistique suivante :

1.° 15 fois l'opération a eu lieu avant le 7e mois.
Tous les enfants sont morts ; 4 étaient malformés.

2° 54 fois l'opération a eu lieu après le 7e mois.

a) 11 enfants ont survécu sans malformations :
1 jusqu'à 14 mois,
1 jusqu'à 5 ans ;
1 jusqu'à 20 ans ;
3 ont été perdus de vue.

b) 13 enfants ont survécu avec des malformations ;
1 a atteint la 2e année (enfant arriéré) ;
1 a dépassé 7 ans (enfant arriéré, impotent) ;
1 est mort à 4 ans de convulsions (microcéphale) ;
10 ont été perdus de vue.

c) 26 enfants sont morts de débilité congénitale ;
4 présentaient des malformations incompatibles avec la vie.

***

Disons donc, en définitive, que la grossesse ectopique est peu favorable à l'enfant ; le pronostic fœtal comporte les plus grandes réserves.

RETENTION DU FŒTUS MORT

Nous avons dit que quand la grossesse ectopique évoluait jusqu'à terme, et qu'elle avait été considérée jusque-là comme une grossesse normale, malgré quelquefois un cortège de symptômes anormaux (douleurs survenant par crises, pertes de sang intermittentes, constipation opiniâtre avec débâcles fétides et vomissements bilieux) qui ont été attribués à des causes diverses, il se produisait le phénomène du *faux-travail* au cours duquel le fœtus, après quelques mouvements convulsifs, trouvait la mort.

La femme, au contraire, se sent mieux à partir de ce moment, et souvent elle ne va consulter, surtout si elle n'a pas été suivie au cours de sa gestation, qu'étonnée de la prolongation inaccoutumée de sa grossesse.

A l'interrogatoire, on apprend, outre les incidents qui ont accompagné l'évolution de la gestation, des faits particuliers survenus après le faux-travail. La femme ne sent plus remuer ; il s'est produit une montée laiteuse, avec ou sans colostrorrhée, quelquefois un écoulement lochial ; l'albumine urinaire, si elle existait, a disparu ; les varices se sont

affaissées ; les phénomènes sympathiques de la grossesse (sialorrhée, nausées, vomissements) se sont évanouis soudain ; et surtout, *le ventre a diminué de volume*. Les règles reviennent deux mois environ après le faux-travail.

On peut mettre en évidence des symptômes physiques :

A l'inspection, tumeur de forme mal limitée, irrégulière, plutôt transversale, au lieu de l'ovoïde à grand axe vertical de l'utérus gravide.

A la palpation, la tumeur immobile est collée à la paroi au lieu d'être mobile comme l'utérus en gestation, de contour imprécis, ne se contractant pas pendant l'examen. Le fœtus, très superficiel, semble être sous la peau.

A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal n'existent pas.

Mais ces signes physiques ne sont souvent pas assez nets, comme nous l'avons déjà dit en étudiant la grossesse extopique avant le faux-travail, pour affirmer le diagnostic. Le fœtus est bien mort, sans doute, mais en l'absence de signes manifestes, il pourrait très bien s'agir d'un fœtus mort in-utéro plutôt que d'un fœtus ectopique, d'autant que les signes fonctionnels sont les mêmes dans les deux cas (remarquons qu'après deux mois de rétention, le diagnostic ne se pose pas, car il n'est pas habituel que le fœtus mort in-utéro soit retenu au delà de ce temps).

C'est alors que deux nouveaux procédés d'inves-

tigation pourront nous donner d'utiles renseignements :

1° Stehlo a fait plusieurs fois le diagnostic de grossesse extra-utérine avec rétention du fœtus mort grâce à la *ponction exploratrice du cul-de-sac de Douglas* à la seringue de Roux, procédé qui seul, d'après lui, permettrait un diagnostic sûr et exact. Cette méthode fut également employée par Stamm, à Mayence, avec succès et sans préjudice (Courtois). Mais Neumann trouve qu'elle ne semble pas toujours avoir une sûre valeur et qu'elle n'est pas sans danger à cause de l'infection toujours possible ;

2° Bien supérieur est l'examen radiologique après *injection de lipiodol dans la cavité utérine.* Si le fœtus est mort in-utéro et retenu, on obtient une image lipiodolée qui lui est étroitement juxtaposable, rendant plus nets ses contours. S'il s'agit au contraire de la rétention d'un fœtus ectopique, l'image lipiodolée est celle d'une cavité utérine normale, et cette constatation est suffisante pour le diagnostic, vu qu'on connaissait la grossesse de la femme, sans qu'on ait besoin de voir en dehors d'elle l'image radioscopique du fœtus.

COMPLICATIONS DE LA RETENTION DU FŒTUS MORT

Pendant tout le temps de sa gestation ectopique, la femme a pu être exposée à des complications sérieuses menaçant sans cesse sa vie. Si la rupture est bien plus rare (sur 579 cas, Sittner n'a trouvé que 7 %), elle est cependant possible, entraînant la mort ; la femme est exposée encore à l'infection pouvant survenir à la suite d'une rupture qui s'est produite à bas bruit, déterminant de la péritonite ou de la septicémie ; l'œuf lui-même peut s'infecter spontanément pendant la vie de l'enfant. En dehors de ces complications inopinées, elle a pu encore être incommodée continuellement par des douleurs et des hémorragies, des troubles par compression de ses organes, qui en ont fait des surexcitées nerveuses, des amaigries, des anémiques, des intoxiquées, incapables quelquefois de faire les frais d'une intervention chirurgicale.

Si par bonheur elle a échappé jusqu'à terme à tous ces accidents la rétention du fœtus ectopique, mort après le faux-travail, peut être la cause de com-

plications nombreuses, non moins redoutables. Ces complications surviennent soit brusquement, inopinément, tuant rapidement la femme, ou bien lentement, insidieusement, pour aboutir plus tard, si elles évoluent, à la même terminaison fatale. Elles peuvent se déclarer à un moment quelconque, et sont les mêmes, qu'il s'agisse de mort ancienne ou récente du fœtus.

On a cependant cité des cas où la rétention a duré un nombre considérable d'années sans amener aucun trouble (56 et 57 ans dans les cas de Sappey et Kuchenmeister), mais il ne faut pas tenir compte de cette rétention aseptique et tout chirurgien, devant la perspective du danger permanent, véritable épée de Damoclès suspendue sur la vie de la femme, se fait un devoir de débarrasser au plus vite l'organisme de ce « corps étranger dangereux ». D'ailleurs, par sa seule présence intruse, le fœtus ectopique mort constitue une complication, en gênant la femme par son poids et par son volume.

Toutes ces innombrables complications ont une double origine : les unes sont d'ordre mécanique, les autres d'ordre infectieux.

A. *Complications mécaniques.* — Ce sont d'abord celles qui surviennent du fait de la compression des organes. La compression de la vessie peut amener des affections variées : rétention d'urine permanente, cystite, urétéro-pyélonéphrite. Celle de l'uretère peut provoquer de l'hydronéphrose et se-

condairement de la pyonéphrose, de l'anurie si elle est bilatérale, ou même par réflexe. Les vaisseaux iliaques comprimés peuvent donner lieu à un œdème considérable des jambes, à des varices volumineuses. L'intestin surtout n'échappe pas à ce facteur mécanique, et c'est ainsi que la compression de l'intestin grêle peut être la cause d'une occlusion aiguë ou d'une obstruction chronique ; de même, celle du rectum est le facteur fréquent d'une constipation opiniâtre dont le résultat est la colibacillose avec toutes ses conséquences fâcheuses.

En second lieu, des hémorragies secondaires peuvent se produire dans la cavité kystique, par décollement parcellaire du placenta, complication dont le pronostic est celui de toute hémorragie interne.

Enfin, ne manquons pas de signaler la rupture du kyste, consécutive soit à une chute, soit à un choc sur le ventre, soit à un effort quelconque ayant pour effet d'augmenter la pression intra-abdominale.

B. *Complications infectieuses.* — L'infection du kyste fœtal est souvent le résultat des complications mécaniques que nous avons énumérées, ou bien elle peut survenir du seul fait de son voisinage avec les anses intestinales véhiculant des produits septiques. Cette infection peut ne pas franchir les limites des parois ovulaires, mais cependant elle est capable de causer la mort de la femme par septicémie. Le kyste, d'autre part, se rompant après suppuration dans la

cavité abdominale, donne lieu à de la péritonite, toujours grave. En effet, si la péritonite généralisée revêt un caractère foudroyant, emportant rapidement la femme, le pronostic de la péritonite enkystée, éventualité possible, n'est pas bien meilleur, car la suppuration ne tarde pas à se vider, soit dans un viscère quelconque, soit par la peau par des fistules interminables, avec élimination de débris osseux provenant du squelette fœtal, provoquant la mort par cachexie ou dégénérescence amyloïde des viscères.

TRAITEMENT

Si le précepte de Pinard « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale immédiate » est incontestablement vrai au début de l'affection et doit être une règle de conduite absolue, il n'en est pas de même dans la période étendue entre le cinquième mois et le terme. A ce moment, la conduite à tenir, différente de celle du début, n'est pas la même suivant que le fœtus est vivant ou mort. La technique opératoire étant la même dans les deux cas, nous dirons un mot d'abord de la conduite à tenir quand l'enfant est vivant.

I. *Le fœtus est vivant.*

Il est bien évident que dans ce cas, le désir du chirurgien ou de l'accoucheur est de sauver la vie de l'enfant, tout en sauvegardant avant tout celle de la mère. Certes, peut-on dire, la mère court de graves dangers qui peuvent provoquer sa mort, et cette perspective ne saurait justifier une temporisation dans le but d'obtenir un enfant malformé ou inapte à la vie. Mais on a eu tout de même des cas où l'enfant s'est développé normalement, et Pinard dit

bien : « Quelques-uns sont malformés, mais on peut en sauver un certain nombre qui rachètent bien les premiers ». C'est pourquoi la majorité des auteurs, Negebauer, Pinard, Werder, Sittner, etc.; sont d'accord pour retarder le plus possible le moment de l'intervention, jusqu'au voisinage du terme, tout en se tenant prêt à opérer à la moindre alerte, soit une menace de rupture possible bien qu'improbable (7 % d'après Sittner), soit une altération de la santé de la mère.

En un mot, la temporisation est légitime, tant qu'il ne se présente l'ombre d'un péril pour la mère, dont la vie est certes bien plus précieuse que celle, aléatoire, d'un fœtus ectopique, et la règle de conduite générale est l'expectation armée.

La grossesse ectopique évoluant sans incident fâcheux, à quel moment devra-t-on intervenir? Lawson-Tait attendait pour opérer l'apparition du faux-travail, et quoique ce chirurgien ait pu sauver par cette méthode cinq femmes et trois enfants, Pinard, Fraenkel, Rein et la majorité des auteurs préfèrent opérer avant ce moment à cause de la mort du fœtus et de l'hémorragie intrakystique accompagnant fréquemment ce phénomène.

L'opération au commencement du neuvième mois est le moment d'élection et a donné des résultats excellents entre les mains d'auteurs différents. Pour Gentsch, le moment où l'intervention serait le plus favorable est vers la trente-huitième semaine de la gestation.

Maintenant quelle opération pratiquer? L'élytrotomie, méthode ancienne, a été justement et définitivement condamnée, à cause de l'accès insuffisant qu'elle donne sur le kyste fœtal. Tous les auteurs actuels extraient l'enfant par laparatomie. Mais alors, que vont devenir le placenta et le sac? Trois méthodes ont été préconisées : l'abandon du placenta et du sac, la marsupialisation, l'extirpation totale du placenta et du sac.

II. *Le fœtus est mort.*

Dans tous les cas, que la mort du fœtus soit récente ou ancienne, son extirpation est absolument indiquée, à cause de la possibilité des complications septiques que nous avons signalées.

Quel est le moment de l'intervention? Si le fœtus est mort depuis longtemps, l'opération sera immédiate. Au contraire, si la mort est récente, il est préférable d'attendre à cause des hémorragies possibles, liées à l'intense vascularisation placentaire. Plus tard, il se fait une régression des vaisseaux qui se rendent à la poche fœtale, une atrophie du placenta, ce qui permet son extirpation plus complète. Cependant, il convient de ne pas attendre trop longtemps, en raison des adhérences qui se créent alors entre le kyste fœtal et les organes maternels.

Les auteurs ont fixé différemment les limites de la temporisation (Courtois, Thèse de Paris, 1928).

Demelin conseille d'attendre l'amélioration de l'état général. Pinard opère avant le retour des règles. Litzmann conseille d'attendre 4 mois, Kirkley 3 mois. Lawson-Tait préfère opérer avant, car le placenta peut augmenter de volume, même après la mort du fœtus. L'époque de choix pour l'intervention, c'est entre quatre et six semaines après la mort de l'enfant (Brindeau, cité par Courtois) ; c'est le moment où l'opération est la plus radicale.

A. *Abandon du placenta et du sac.*

Ce procédé, préconisé par Negri en Italie, et par Vignard en France consiste à fermer tout simplement l'abdomen, sans drainage, *laissant en place le placenta et le sac qu'on referme sur lui-même*, après extraction du fœtus : *l'arrêt de la circulation placentaire aboutit à la longue à leur résorption.* Brindeau a récemment suivi cette technique et son opérée a parfaitement guéri (Heurotay, *Bulletin de Soc. Belge d'Obst. et de Gyn.*, oct. 1927). De même, Jewett, en Amérique, sur dix femmes opérées par cette méthode, compta huit guérisons (*soit* 80 %).

Quoi qu'il en soit, ce procédé pour certains paraît illogique et infidèle, et de l'aveu même de Beck, qui a été un des plus ardents défenseurs de la technique, il subsiste un léger danger d'hémorragie, qui ne justifie pas complètement le reproche adressé à l'extirpation du sac. De plus, ce qui est plus grave et constitue le principal inconvénient de la méthode

les microbes provenant de l'intestin voisin peuvent infecter le placenta avant que la résorption soit complète, complication nécessitant une seconde intervention pour drainer par le Douglas une suppuration ultérieure. Peut-être pourra-t-on mieux juger plus tard de cette méthode, quand son application aura été plus étendue et qu'on pourra dresser le bilan des résultats obtenus.

B. *Marsupialisation.*

Dans certains cas où il existe avec les organes voisins des adhérences nombreuses, la libération du sac, procédé de choix, devient une opération difficile, émouvante et grave, exposant la femme à des hémorragies formidables, qu'on ne parvient pas à enrayer. C'est alors que la seconde méthode, la marsupialisation de la poche fœtale avec tamponnement à la gaze aseptique ou iodoformée, peut donner des résultats inespérés, le placenta restant en place et s'éliminant secondairement ; on surveille son élimination en pratiquant dans la poche des lavages faiblement antiseptiques. La guérison est très lente, mais tout autre procédé étant imprudent ou impossible, on est forcé d'y recourir.

Cette opération, très facile et non immédiatement dangereuse, a été vantée par Pinard, Routier, Segond, et pendant longtemps par J.-L. Faure. Cependant, si cette méthode ne comporte pas de danger immédiat, la mort de la femme n'est pas rare

par la suite, conséquence de l'infection, de la suppuration, des hémorragies secondaires dans la poche, de la septicémie.

D'après Pinard, il n'aurait observé aucun accident sur dix-sept marsupialisations, mais les statistiques modernes (40 % de mortalité ; 12,7 % sur 56 cas de Palliez) sont moins satisfaisantes et demandent encore à faire des réserves sur la valeur du procédé. (Thèse de Courtois 1928.)

C. *Extirpation du placenta et du sac.*

Cette technique, la plus chirurgicale et la plus satisfaisante, est celle où la guérison est la plus rapide. Elle devient le procédé de choix quand le placenta s'insère sur un organe dont les pédicules peuvent être liés d'avance (Potocki) et au besoin extirpable (trompe, ligament large, utérus).

Elle expose à des hémorragies considérables lors du décollement du placenta, quand celui-ci s'insère un peu partout et adhère à des organes extrêmement vasculaires. C'est pourquoi certains auteurs conseillent de décoller le placenta quand il est discoïde, par conséquent, peu adhérent, s'insérant sur une région résistante (utérus, cul-de-sac de Douglas) quitte à placer un volumineux Mickuliez s'il se produit une hémorragie ; et au contraire de le laisser en place s'il s'étale en surface, ou s'il s'insère sur des organes très vasculaires et friables. D'ailleurs, pour Dalliez, la mortalité est la même, qu'on enlève

ou non le placenta ; sur 67 cas, cet auteur a noté une mortalité de 13,4 % (Courtois).

Quant au sac, certains chirurgiens conseillent de le disséquer pour le décoller complètement, en liant préventivement les pédicules vasculaires pour éviter l'hémorragie : si après avoir essayé de le décoller on s'aperçoit qu'il est adhérent à quelque viscère, on peut réséquer la partie décollée et abandonner le reste dans l'abdomen après fermeture (Violet).

***

En définitive, on ne doit jamais préjuger de la méthode à employer, et la décision à prendre est indiquée dans chaque cas particulier. Souvent même devant des adhérences intimes fixant la masse, on est obligé de recourir à l'*ablation des annexes* ou à *l'hystérectomie*.

***

L'intervention, pratiquée comme nous l'avons indiqué, améliore considérablement le pronostic de la grossesse ectopique. Néanmoins, la mortalité opératoire est encore assez élevée, avant tout du fait d'hémorragies difficiles à arrêter, et qui emportent la malade déjà fatiguée d'autres fois par choc opératoire.

Enfin il est des cas où il semble que la mortalité survienne du fait d'un véritable choc toxique, anaphylactique. Dans notre cas, pas d'hémorragie ; l'opération fut rapide et se passa sans grand brassage du contenu abdominal, mais le ventre était plein de méconium depuis le diaphragme jusqu'au

Douglas. Il n'existe pas d'anse intestinale qui n'en fût couverte et il est possible, et c'est une hypothèse que nous formulons qu'une résorption massive se soit faite au cours de l'intervention.

Quoi qu'il en soit, le pouls disparut subitement 30 minutes après le début de l'anesthésie et malgré toute la thérapeutique mise en œuvre, la femme était morte 5 minutes après.

De même nos observations II, III, V signalent des faits semblables, interprétés eux aussi, comme dus à un choc toxique, anaphylactique.

Cette interprétation de choc anaphylactique nous semble vraisemblable, étant donné qu'il n'y avait aucune espèce de péritonite et que dans notre cas particulier, n'existe ni réaction péritonéale, ni température.

***

Le pronostic éloigné reste aussi satisfaisant. Gudden a vu se développer la grossesse normale postérieurement à la grossesse ectopique non opérée, avec survie providentielle de la femme, dans 25 % des cas et alors le pronostic est des plus sombres.

Au contraire, quoique Magalhaes et Vanverts aient rapporté plusieurs observations de grossesse ectopique récidivante, la statistique récente d'Eerland (1924) donne :

Sur 116 femmes opérées de grossesse extra-utérine, 58 ont été capables de concevoir à nouveau.

Sur ces 58 femmes, 30 sont devenues enceintes,

portant un fœtus intra-utérin, et sur ces 30 grossesses, il y a eu :

16 enfants vivants,

14 avortements.

La récidive de grossesse ectopique n'a eu lieu que 5 fois sur les 116 opérées (soit 5 % seulement) (Dauphin, Thèse de Paris, 1924).

OBSERVATIONS

OBSERVATION II

(M. Violet, Société Nat. de Méd. de Lyon, séance du 5 mai 1926, in *Lyon Médical* 1926, t. II, p. 251.)

Il s'agit d'une femme de 29 ans.

Appendicite aiguë de l'adolescence.

Les règles sont supprimées le 20 juin 1925. Consulte un médecin en août, qui fait le diagnostic de grossesse.

En septembre et octobre, quelques pertes de sang anormales.

En novembre, le médecin entend les bruits du cœur et confirme le diagnostic de grossesse.

Pendant les mois de décembre, janvier et février, la femme vaque à ses occupations.

Le 10 mars 1926, *crise douloureuse avec vomissements et diarrhée, qu'on met sur le compte d'une poussée appendiculaire* nouvelle et qui exige le repos pendant deux ou trois jours. Mais depuis cette crise, la femme ne sent plus bouger son enfant. Inquiète, elle fait venir son médecin qui déclare ne plus entendre les bruits du cœur, conclut à la mort de l'enfant et conseille une consultation.

Le médecin consultant confirme le diagnostic de mort de l'enfant et conseille l'expectative. Il semble bien que, seule, l'hypothèse de grossesse intra-utérine ait été envisagée.

Le terme fixé pour la grossesse était le 28 mars 1926, et cette date a été passée sans qu'il survînt l'expulsion fœtale. Souffrant du ventre, des reins, ayant maigri, ayant des petites poussées fébriles (38°,5), quelques pertes de sang jaunâtres, constantes, la malade change de médecin et ce dernier, devant la difficulté du cas, demande mon avis.

Appelé le 3 mai, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après la date présumée du terme, je constate un ventre développé comme s'il s'agissait d'une grossesse au huitième mois, avec masse dépassant l'ombilic de trois travers de doigt, saillant surtout à gauche. Il s'agit d'une tumeur assez régulière. Au toucher, on sent le col élevé, remonté à droite, dont la lèvre gauche est allongée, effacée, ramollie.

A gauche, on sent une masse juxta-utérine, dure, avec une certaine rénitence, et de la fluctuation. A l'examen, on a l'impression d'une tumeur ovarienne incluse, et ce serait le diagnostic qu'on ferait s'il n'y avait pas eu une histoire de grossesse aussi nette. Mais comme on ne peut pas ne pas tenir compte de cet arrêt de règles, de cette augmentation progressive du volume du ventre, des affirmations du médecin traitant ayant entendu les bruits du cœur, du développement des seins avec sécrétion lactée, il faut penser, soit à une grossesse utérine normale, arrêtée dans son développement avec rétention du fœtus, ou bien à une grossesse extra-utérine avec mort du fœtus. La déviation du col, son élévation plaident en faveur de ce deuxième diagnostic, mais, signe capital, *on perçoit, se prolongeant avec ce col, le corps utérin* du volume d'une orange, en avant et à droite, nettement indépendant de la grosse masse hystique, et dont les mouvements se transmettent nettement au col. C'est la présence de ce fond utérin qui fait faire le diagnostic de grossesse extra-utérine. On décide de pratiquer une *radio-*

graphie qui met en évidence la présence d'une tête de fœtus à terme ; les autres parties squelettiques fœtales se voient également très bien sur le cliché.

On songe à mettre en évidence la cavité de la matrice avec une injection intra-utérine de *lipiodol*, mais celle-ci est difficilement cathétérisable à cause des douleurs que provoquent les tentatives de cathétérisme et l'on y renonce.

C'est donc de l'examen clinique seul que résultait l'affirmation de la situation extra-utérine du fœtus, de la sensation affirmée de l'existence d'un utérus indépendant de la tumeur, siégeant à côté d'elle.

Il s'agissait d'un cas rare, qui comportait, au point de vue opératoire, certains aléas. Je montrai la malade à mon maître, M. Villard, qui confirma de tout point le diagnostic et l'indication opératoire.

Quelle conduite fallait-il tenir en présence de ce cas *pour faire courir le moins de risque à la malade?* Trois méthodes ont été employées pour des cas analogues :

1° *L'extraction du fœtus et la marsupialisation du kyste ;* 2° *l'extraction du fœtus et la marsupialisation du sac fœtal ;* 3° *l'ablation du sac en entier.*

Il fut fait, sans préjuger de la méthode à employer, une laparatomie médiane dépassant l'ombilic, qui montrait l'exactitude du diagnostic : grossesse tubaire partiellement intra-ligamentaire, avec utérus nettement indépendant à droite, le sommet du sac adhérent à l'épiploon et au gros intestin.

Vouloir détacher ces adhérences sans avoir vidé le sac, c'était s'exposer à la rupture de la poche et à l'irruption de son contenu dans un ventre mal et difficilement protégé.

On décida donc de réduire la poche, en évacuant les eaux et le fœtus, ce qui fut fait après une excellente protection. Le fœtus extrait pesait 3 kil. 200. On laissa

en place le placenta, bourrant la poche de quelques compresses, autant pour absorber le sang que pour offrir une certaine résistance au clivage. Dès lors, il fut procédé à la libération des adhérences intestinales et épiploïques. On enlève l'appendice hypertrophié, distendu, adhérent à la poche. On se porta ensuite vers la corne tubaire dans l'espoir de faire une exérèse du sac avec conservation de l'utérus, et des annexes droites saines, mais on avait de la peine à trouver le bon plan de clivage et la vessie, déplacée par le sac fœtal, était menacée. On fut donc conduit à pratiquer *une hystérectomie* après dissection en avant de l'utérus, en tissus normaux. Dès lors, la dissection du sac de bas en haut fut très simple, *mais ce sac était formé en dedans par les parois du rectum et de l'S iliaque étalés, et à ce niveau toute dissection était impossible*, le sac fœtal faisant corps avec le péritoine de cette partie du gros intestin, et on *abandonna ces surfaces internes du sac*, cruentées, qu'on se proposa d'exclure après avoir drainé par le vagin. Il fut placé une grosse compresse dans la loge de décortication du sac fœtal, dont un chef sortait par le vagin et *on péritonisa* d'une façon atypique au-dessus de ce drainage. Fermeture complète de la paroi. Drainage prophylactique du tissu cellulaire.

Les suites furent simples, A PART DES PHÉNOMÈNES DE RÉSORPTION S'ACCOMPAGNANT DE TACHYCARDIE *pendant quarante-huit heures, quelque chose d'analogue à du* CHOC ANAPHYLACTIQUE. La mèche vaginale fut sortie au troisième jour. Pas de suppuration de la paroi.

OBSERVATION III

(Lacouture et Charbonnel,

Journal de Méd. de Bordeaux, 18 février 1912.)

Grossesse extra-utérine (tubo-abdominale) arrivée à terme. — Accidents graves. Laparotomie. Extraction du fœtus mort et du placenta. — Hystérectomie ; guérison.

Mme B..., 39 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels à signaler. Réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans, elle s'est mariée à 21 ans et a eu 3 grossesses espacées de 2 à 5 ans, grossesses absolument normales, sans suites pathologiques.

Au mois de juin 1910, commence son histoire pathologique. A ce moment, elle présente un retard de quelques jours dans ses règles, et, à la suite, une hémorragie assez abondante qui s'arrête deux jours, sous l'influence du repos. Réglée en juillet et en août, elle présente une autre hémorragie vers le milieu d'août, pendant dix jours. Elle ne voit pas de médecin et passe ainsi septembre, octobre et novembre avec *règles régulières*. Mais en décembre, elle se sent très fatiguée. Elle ne pense pas d'ailleurs au début d'une grossesse, car elle n'en ressent pas les troubles habituels.

Pendant les mois de décembre, janvier, février 1911, mentrues irrégulières ; peu abondantes en décembre et janvier, elles font défaut en février, si bien qu'on peut se demander si l'on n'a pas affaire à des pertes sanguines pathologiques imputables au début de la grossesse ectopique vers cette époque (décembre).

Le début de mars est marqué par une métrorragie sans aucune douleur lombo-abdomino-pelvienne, hémor-

ragie qui dure environ huit jours. La fatigue générale va en augmentant et, vers le 12, à la suite d'une marche un peu longue et du repas de midi, la malade est prise de douleurs épigastriques, de vomissements, et, enfin, d'évanouissement. Le médecin consulté *pense à une péritonite*. Tout cela s'améliore d'ailleurs en quelques jours, mais, dès lors, Mme B... devient absolument impotente; elle est obligée de garder le lit.

Au début d'avril, nouvelle crise plus intense encore, cette fois avec des douleurs abdominales très caractérisées et très intenses, des vomissements bilieux, sans fièvre. C'est seulement à ce moment que la malade constate une augmentation de volume encore légère de son abdomen. Cette crise passe encore sous l'influence de la glace.

En mai, la tuméfaction devient plus nette.

Au mois de juin, la malade essaie de se lever, mais elle ne peut guère rester debout. Les règles sont toujours absentes. Elle constate que la grosseur abdominale se déplace de gauche à droite en augmentant manifestement (elle n'a jamais senti les mouvements actifs du fœtus).

Le professeur Chavannaz, consulté en juillet, pense à *un fibrome, peut-être avec grossesse*. C'est aussi le diagnostic que nous portons et que partage le professeur Demons, consulté à ce sujet, quand nous voyons la malade le 24 juillet.

Examen. — Dans l'hypogastre et les fosses iliaques, on sent une tuméfaction diffuse, mal limitée, plutôt mollasse, remontant à droite vers l'hypocondre et jusqu'au-dessus de l'ombilic, moins haut à gauche, légèrement douloureuse à la pression, ne se contractant pas sous la main. Zones mates et sonores sans distribution nette, mais la sonorité paraît entourer la matité. Masse non mobilisable; on ne peut pas la pédiculiser vers le petit bassin. On ne sent pas de parties fœtales. Le toucher vaginal permet de trouver un col utérin gros, mou, en haut et à

droite ; le corps utérin, qu'on soupçonne augmenté de volume, se perd dans le pôle inférieur de la masse qui fait saillie, surtout dans le cul-de-sac latéral gauche. La main abdominale ne transmet au doigt vaginal aucun mouvement, et réciproquement. Auscultation négative : ni bruits du cœur, ni souffle placentaire (rappelons ici quel le docteur Demons nous avait fait remarquer les battements que percevait le doigt vaginal appuyé sur la tumeur, battements attribués à une artère vaginale). Examen des seins : auréole brunâtre ; un peu de colostrum. Etat général très mauvais, très alarmant. Malade très faible, amaigrie, hyperthermique (38°) ; pouls petit, lipothymies continuelles, etc.

Etant donné l'histoire (métrorragies, irrégularités des règles au début) et l'examen qui ne laisse pas de doute sur l'existence d'une grossesse, on pense à « *grossesse compliquée de fibrome* », peut-être lui-même sphacèle, avec poussées de réaction péritonéale. Diagnostic accompagné d'un gros point d'interrogation ; mais la grossesse ectopique, à laquelle l'un de nous, instruit par un fait antérieur et récent, songeait un peu, ne fut pas envisagée d'une façon nette.

La malade entre à la maison de santé le lendemain. Là, elle est reprise, quelques jours après, d'accidents très graves : vomissements porracés très abondants, continuels ; absence de matières et de gaz ; fièvre à oscillations ; état général de plus en plus mauvais ; accidents évidemment d'origine péritonéale.

Enfin, ces crises étant un peu atténuées, malgré, ou plutôt à cause des grandes oscillations et des signes d'infection progressive, nous intervenons le 25 avril 1911. Nous allons voir que cette intervention nous met en présence d'une grossesse abdominale avec fœtus mort.

Cette observation peut être rétrospectivement reconstituée : début de la grossesse anormale vers novembre et

décembre 1910. A ce moment, fatigue, irrégularité, absence de règles. Vers le quatrième mois, en mars, développement du fœtus hors de la trompe ; accidents sérieux faisant songer à la péritonite. Ces accidents passés, amélioration bien incomplète, d'ailleurs, avec poussée en avril. C'est à ce moment que la tumeur devient perceptible à la malade et au médecin, et augmente désormais en se portant à droite. La grossesse suit son cours en juin et juillet. Un point important demeure obscur : à quel moment est mort le fœtus ?

Il nous a été impossible de retrouver les signes du faux-travail, probablement confondu dans le complexus douloureux. Le fœtus est-il mort à terme ou à peu près, c'est-à-dire vers la fin de juillet ? Nous le pensons, car, d'une part, l'augmentation progressive du ventre jusqu'en juillet, l'absence des bruits du cœur lors de l'examen, le 20 juillet, les accidents d'infection du sac qui suivirent la mort du fœtus et qui se déclarèrent dans les premiers jours d'août ; d'autre part, ce fait que le fœtus était peu macéré, le liquide ni purulent ni fétide et le placenta encore très vasculaire, le tout nous porte à croire que le fœtus n'était pas mort depuis longtemps (en juillet, probablement) et que l'opération fut pratiquée, par conséquent, environ un mois après cette mort.

Intervention. — A l'ouverture de l'abdomen, on tombe de suite sur une tumeur d'aspect violacé, tendue, rénitente, à laquelle adhèrent de toutes parts, et en particulier en haut, les anses intestinales ; elle remonte en haut et à droite jusque dans l'hypocondre. Au cours de la libération laborieuse de l'intestin, une petite déchirure de la poche très friable donne issue à un flot de liquide amniotique brun rougeâtre, trouble, peu odorant. Par la perforation agrandie, un pied se présente, et nous extrayons un fœtus mort, peu macéré, ayant les dimensions d'un fœtus de huit à neuf mois environ. Le cordon om-

bilical croise obliquement, de haut en bas et de droite à gauche, la cavité de la poche fœtale pour venir s'insérer en bas, dans la partie gauche du petit bassin, sur un placenta volumineux, adhérant intimement à tous les organes de ce petit bassin. L'utérus, du volume d'un utérus de trois mois, se trouve repoussé par le placenta qui lui adhère en haut et à droite. Nous entreprenons *l'hystérectomie* du côté sain, par la méthode de la section continue de A. Kelly. Les ligaments droits pincés et sectionnés, les artères utérines pincées, l'utérus renversé à gauche, nous pratiquons de bas en haut le décollement lent du placenta.

Nous ne pouvons mener à bien ce temps laborieux que progressivement en pratiquant une hémostase difficile, *surtout au niveau de la veine iliaque, qui doit être liée latéralement, et en dénudant l'uretère gauche.* Enfin, l'hémorragie abondante peut être jugulée ; par cette ablation complète du placenta, nous évitons la marsupialisation simple de la poche.

L'ablation des débris de la poche fœtale friable, molle, collée, fut un dernier temps difficile, poussé le plus loin possible ; résection de l'appendice adhérent ; réparation d'une brèche du méso-côlon ascendant. Enfin, la large cavité, légèrement suintante, fut drainée à la Mickulicz et l'abdomen refermé au fil d'argent. Durée : une heure et quart.

Suites opératoires assez tourmentées. Le lendemain et le surlendemain, DISSOCIATION DU POULS ET DE LA TEMPÉRATURE, LIPOTHYMIES FRÉQUENTES. Les jours suivants, amélioration de l'état général ; le drainage remplit bien son office. Le quinzième jour, des accidents sérieux (vomissements) avec grandes oscillations thermiques firent craindre une infection généralisée. Les injections intra-veineuses de sérum, d'électrargol, améliorent peu à peu la situa-

tion, et, à partir du vingt-sixième jour, tout rentrait dans l'ordre.

La malade sortait au bout d'un mois et dix jours ; elle est actuellement (5e mois) en très bonne santé.

OBSERVATION IV

(Rawls. American Journal Obstetrics, New-York, 1919.)

Grossesse ectopique à terme. — Toxhémie. — Laparotomie. — Enfant macéré. — Extirpation totale. — Guérison.

Primipare, 19 ans. Vue la première fois la 22e semaine de sa grossesse. A 6 semaines, elle avait eu d'abondantes hémorragies à la suite de l'introduction d'une sonde dans l'utérus. On crut à l'avortement jusqu'au 4e jour avant celui où l'on me consulta. L'abdomen avait grossi soudain. A l'examen, l'utérus était symétriquement augmenté de volume, le fond juste à l'ombilic et un souffle placentaire entendu distinctement. On diagnostiqua : grossesse normale, mais plus avancée que ne l'indiquait l'historique des faits.

Six mois plus tard, ou environ 7 jours avant le terme, je vis la malade en consultation. Bon état général, jusqu'à la semaine précédente, où elle avait été prise de douleurs dans la région de la vésicule biliaire, avec nausées, vomissements, constipation et émission de petites quantités d'urine haute en couleur.

A ce moment, la peau était légèrement jaune et la malade fut traitée par émollients, diète et lavements, sans résultats. Tumeur abdominale ferme, étendue de l'ombilic à l'hypocondre gauche, qui semble nager dans une masse kystique indéfinissable. Matité dans les flancs.

Température élevée, pouls 140, respiration rapide (130) et difficile.

Près de l'ombilic, cœur fœtal; au-dessous, souffle placentaire.

Examen vaginal : col à gauche, orifice externe admettant l'extrémité de l'index jusqu'à l'orifice interne. En arrière du col, masse kystique avec masse plus dure indéfinie au-dessus et à droite; et au niveau de l'orifice interne se présentait une petite partie dure, semblant une petite partie fœtale.

Il fut fait le diagnostic provisoire de grossesse à terme compliquée par toxhémie avec, *soit une rupture de l'utérus, soit un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.* La grossesse extra-utérine était rejetée à cause de mes constatations du cinquième mois.

La malade entre à l'hôpital environ 7 heures après ; température 101°F ; pouls 144 ; respiration 96. Cœur fœtal encore entendu distinctement.

Huit heures après, état amélioré ; température 100°F, pouls 138, respiration 30 ; vomissements arrêtés ; urines augmentées ; traces d'albumine. A ce moment le cœur fœtal n'est plus entendu. Pas de mouvements fœtaux. Comme il n'y avait plus qu'à s'occuper de la mère, l'opération fut différée.

Le jour suivant, l'état s'améliore.

Deux jours après, le Dr F. A. Dorman vit la malade en consultation et conseilla d'attendre plus longtemps, car il pensait à une grossesse extra-utérine à terme.

Le 6e jour après l'admission, laparotomie. Un écoulement sanguin abondant par le vagin ayant nécessité un tamponnement, on n'introduit pas de sonde dans l'utérus.

Laparotomie médiane. La première incision jusqu'au péritoine donne issue à un flot de liquide séro-sanguin, s'échappant sous forte pression. L'incision fut agrandie

et montra, à travers le sac mince, le fœtus dont la tête était dirigée vers la gauche du sternum..

Les doigts furent glissés rapidement autour de ce sac qui était plus épais en arrière et qui fut trouvé adhérent par endroits à l'épiploon, au gros intestin et au péritoine pariétal latéral, et dont le pédicule était dans la région du ligament large gauche. La mince membrane antérieure fut alors ouverte ; une quantité considérable de liquide ammiotique fut évacuée et un enfant à terme extrait.

En libérant les adhérences, il fut trouvé que le pédicule était sur la trompe gauche et la partie supérieure du ligament large, sur l'ovaire, et étendu jusqu'à la corne utérine, mais n'enveloppait pas le fond utérin.

Avec trois pinces, le pédicule fut solidement pincé, et le placenta et les membranes furent extraits avec une perte de sang insignifiante. L'utérus était augmenté de volume, comme dans une grossesse de 4 mois, et il avait été porté en arrière, en haut et à gauche.

Le pédicule fut soigneusement ligaturé et suturé, et des portions de membranes furent alors enlevées de l'épiploon, des tintestins et du péritoine, sans perte de sang excessive. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

La malade guérit le 14e jour, sans incidents.

OBSERVATION V (Résumée)

Grossesse intra-ligamentaire au voisinage du terme avec enfant mort. — Extirpation totale de l'œuf. — Guérison.

(Tervfik Remzy. Revue d'Obst. et de Gyn., Paris 1924, p. 441).

Mlle D..., 27 ans, nullipare. Antécédents : mère morte de phtisie — père bien portant. — Dernières règles :

1er juillet 1922. Dès le début de la grossesse, vomissements matinaux.

Le 11 octobre 1922, sans raisons plausibles, brusquement, vive douleur dans le bas-ventre à gauche ; la malade pâlit et perd connaissance. Un médecin appelé diagnostique la péritonie et conseille la glace sur le ventre. Repos au lit pendant six semaines. Pas de température, mais douleurs intermittentes dans le bas-ventre et vomissements assez fréquents. Après ce traitement, elle reprend son travail normalement

La grossesse évolue sans incidents ; les premiers mouvements du fœtus se produisent dans la première semaine de novembre. Au début de février 1923, la malade remarque que *son enfant ne bouge plus ;* inquiète de ce fait, elle vient consulter et est reçue à la clinique.

Examen à l'entrée : Abdomen augmenté de volume comme une grossesse de 6 à 7 mois. A droite de l'ombilic, voussure de la largeur d'une grande paume de main. Ligne blanche peu pigmentée.

Palpation: on sent une résistance s'étendant en bas jusqu'à la symphyse. En suivant le bord de cette résistance, on remarque qu'elle remonte du côté gauche jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'arcade de Poupart ; elle s'incurve ensuite horizontalement vers la ligne médiane, arrive à 4 cm. 1/2 à gauche de la ligne médiane, et à 8 cm. au-dessus de la symphyse ; de là elle remonte dans la direction du rebord des fausses côtes, contourne l'ombilic et le dépasse de 5 cm., puis redescend vers l'épine iliaque antéro-supérieure droite, pour disparaître sous la symphyse en longeant l'arcade 3 cm. au-dessus d'elle. On constate ainsi la présence de *deux résistances assez distinctes l'une de l'autre.*

L'une de ces résistances est à gauche au-dessus de l'arcade de Poupart, de consistance plutôt dure, mobile d'avant en arrière et de haut en bas, moins mobile laté-

ralement ; l'autre résistance est supérieure, séparée de la première par une encoche très nette, de consistance un peu moins dure, et de limites plus imprécises. Cette dernière tumeur est un peu douloureuse et mobile sur les plans sous-jacents.

A l'ausculation, pas de bruits du cœur fœtal.

Au toucher, col très ramolli, peu dilaté. Utérus augmenté de volume en élévation et antéposition, gros comme dans une grossesse de 2 à 3 mois. Dans le Douglas, et accolée à la lèvre postérieure du col, une résistance de la grosseur d'une tête de nouveau-né.

Cette tumeur est de consistance irrégulière et présente quelques petites nodosités sur sa paroi antérieure.

Au toucher rectal, on sent que la face postérieure de cette tumeur est plus lisse.

On fait une *radiographie* qui montre très nettement un squelette fœtal en S.I.D.T. profondément enclavé dans le petit bassin. Diagnostic : grossesse abdominale.

Intervention le 16 février 1923. On découvre un fœtus intra-ligamentaire, mort. Placentre développé sur le feuillet postérieur du ligament large. Adhérence du pôle supérieur de la poche avec l'épiploon et les anses intestinales. On les libère. Puis on procède à l'*extirpation de l'œuf au complet* qui dure 20 minutes.

Une fois cette extirpation faite, on se trouve en présence d'un utérus ayant ses annexes droites rasées le long de son bord externe droit ; la perte de substance séreuse est énormes Fermeture de la brèche par un catgut fin et mise en place d'un Mickuliez. On ferme la paroi.

Les suites opératoires immédiates ont été agitées et il fallut de nombreuses injections toni-cardiaques pour surmonter le choc. Le soir de l'opération, l'état général s'améliorait. Le 10e jour, on enlève le Mickuliez sans incident.

Ultérieurement phlébite de la jambe droite qui est immobilisée.

Le 21 mars 1923, petite embolie pulmonaire bien supportée. Apyrexie.

Le 2 avril, à la palpation de l'abdomen, on sent une résistance fixée et assez douloureuse, à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Traitement par compresse humide et plus tard diathermie.

Le lieu du drainage se ferme petit à petit, la phlébite se guérit, et la malade quitte la clinique le 26 mai avec un bon état général.

La plaie abdominale est complètement cicatrisée.

OBSERVATION VI

Grossesse tubaire à terme avec enfant mort.

Ablation en masse.

(Lejars et Boissard. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris, nov. 1904).

Femme de 35 ans, un peu maigre, ayant eu une pleurésie gauche remontant à trois ans. Pas d'autres antécédents morbides. Santé générale assez bonne.

Réglée à 15 ou 16 ans (elle ne sait pas au juste), toujours régulièrement, elle a été déjà six fois enceinte : deux avortements normaux ont eu lieu en 1879 et 1891, une fausse-couche de deux mois et demi en 1892 ; un troisième accouchement à terme, en 1896 ; enfin, après une autre fausse-couche de 3 mois en 1898, un dernier accou-

chement en 1900. Elle ne paraît avoir eu aucun accident pelvien et ne souffrait pas du ventre.

Fin décembre 1903, les règles se montrèrent après six semaines de retard ; elles se prolongent six semaines. Puis la perte cesse, et la menstruation est complètement supprimée dans les mois qui suivent, c'est-à-dire depuis la mi-février jusqu'au moment où nous observons la malade.

Elle se croit enceinte ; du reste son ventre grossit régulièrement; ses seins augmentent de volume ; elle n'a pas de vomissements, mais des crampes d'estomac revenant par crises et très violentes. Elle sent remuer.

Son médecin confirme l'hypothèse, et jusqu'en septembre tout se passe comme dans une grossesse régulière. A la fin de septembre, le globe utérin dépasse notablement l'ombilic, mais un autre médecin, ayant examiné la malade, n'entend pas les bruits du cœur et conclut, à la mort de l'enfant. Ajoutons qu'aucun incident ne s'est produit ; il n'y a eu ni douleur, ni réaction abdominale ; la femme a remarqué seulement que rien ne remuait plus.

Elle est envoyée dans ces conditions à la Maternité de l'hôpital Tenon, avec le diagnostic de grossesse utérine à terme ou voisine du terme et enfant mort.

M. Boissard l'examine, reconnaît tous les signes d'une grossesse à part les bruits du cœur fœtal, et pour compléter l'exploration, applique le ballon de Champetier et donne le chloroforme. Il pénètre alors dans une grande cavité répondant à la place du ballon ; au-dessus il sent une masse assez dure, compacte, régulière, ne ressemblant en rien à un fœtus mort et macéré, et qui paraît adhérer fortement à la paroi antérieure de l'utérus. La malade perd quelques gouttes de sang à la suite de ce toucher, mais elle perd pas d'eau, et aucune contraction utérine ne se montre.

Ce fut alors que mon collègue voulut bien me montrer cette femme et l'examiner de nouveau avec moi. Le ventre est proéminent, régulièrement ovoïde, occupé par une volumineuse « tumeur » ayant toutes les apparences de l'utérus gravide à terme, et qui remonte à cinq travers de doigt au dessus de l'ombilic. Cette « tumeur » est exactement médiane et se prolonge également des deux côtés jusqu'à la limite du flanc ; elle est régulière, lisse, tendue, donne une sensation de flot par la pression transversale, et paraît contenir beaucoup de liquide. Elle semble, de plus, mobile et se laisse déplacer, dans le sens transversal, autant que le permet son volume et la distension du ventre.

Le diagnostic ne laissait pas que d'être hésitant ; l'hypothèse d'une grossesse normale avec enfant mort et hydraminos semblait encore la plus probable.

J'ajoute que, pour ma part, je m'attendais un peu à une surprise et que, devant la parfaite indolence, la mobilité, la régularité, la tension, la fluctuation de cette masse, je n'eus pas été autrement étonné de trouver un *kyste de l'ovaire*.

Ce fut tout autre chose que nous découvrîmes au cours de la laparotomie pratiquée le 15 octobre. Le ventre ouvert, une grosse poche grisâtre et lisse se montra, très légèrement adhérente à l'épiploon et au méso-côlon descendant ; elle fut libérée sans la moindre peine, et d'abord ponctionnée. Il s'écoula un litre et demi environ d'un liquide chocolat. Il fut alors possible, après avoir quelque peu prolongé l'incision en haut, d'extraire la poche, et l'on reconnut qu'elle dépendait des annexes gauches, et que l'utérus, d'ailleurs de volume moyen, était refoulé derrière le pubis au-dessous et en avant d'elle.

On sentait dès lors manifestement le corps du fœtus

à travers la paroi affaissée du sac, et le diagnostic de grossesse tubaire n'était plus douteux.

La masse fut enlevée comme une poche salpingienne quelconque, en sectionnant le ligament large, et après ligature des vaisseaux sur la tranche, en le péritonisant. A droite, l'ovaire était sain, la trompe fermée au niveau du pavillon, dont les franges étaient rétractées et adhérentes. On incisa le pavillon, qui fut fixé sur l'ovaire par quelques points de fin catgut. Enfin la paroi abdominale fut réunie, après qu'on eut laissé un petit drain en verre.

Les suites de l'opération ont été toutes simples, et l'opérée a quitté notre service, guérie, à la mi-novembre.

OBSERVATION VII

Grossesse extra-utérine à terme opérée quatorze mois après le début. — Guérison.

(Gauthier (de Luxeuil). — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, mai 1922).

Mme L..., 24 ans, mariée depuis deux ans, entre à l'hôpital de Luxeuil le 5 novembre 1919. Elle y est envoyée par une sage-femme, à la suite d'une crise d'éclampsie survenue le 4 novembre.

Enceinte pour la première fois, d'une mentalité un peu fruste, elle ne donne que d'assez vagues renseignements sur le début de sa grossesse, qu'elle fait remonter aux premiers jours de mars. Elle a eu, depuis cette époque, à plusieurs reprises, des coliques et des pertes peu abondantes, qui cédaient à quelques jours de repos.

La crise d'*éclampsie* qui a motivé son entrée à l'hôpital est la seule qu'elle ait présentée. Cette crise semble

n'avoir duré que quelques heures, et il n'en existe plus de traces le jour où je la vois.

Au moment de mon examen, elle paraît bien portante, ne souffre pas, présente tous les signes d'une grossesse parvenue à la fin du huitième mois. Les battements du cœur fœtal ne sont pas perçus, mais la sage-femme affirme les avoir entendus au début de la crise éclampsique.

Le ventre est normalement développé.

Le col est légèrement entr'ouvert, mais n'a aucune tendance à s'effacer ; on ne voit pas de partie fœtale engagée. L'idée ne me vient pas qu'on soit en face d'une grossesse extra-utérine à terme. *Je m'attends à l'accouchement prématuré, mais normal, d'un enfant dont la mort récente a fait cesser les crises éclamptiques de la mère.*

L'excellent état de la malade m'engage à patienter quelques jours avant de provoquer l'accouchement, et m'autorise à lui permettre de se lever et de se promener un peu dans l'hôpital.

Profitant de cette latitude qui lui est laissée, la femme L... quitte l'hôpital inopinément le 8 novembre et rentre chez elle.

Je n'entends plus parler d'elle jusqu'au 25 juin 1920. Pendant cette période de 7 mois, elle est entièrement perdue de vue. N'accouchant pas, elle se persuade avec satisfaction que les médecins se sont trompés et qu'elle n'était pas enceinte. *Elle voit d'ailleurs son ventre diminuer de volume* et elle reprend son travail, interrompu de temps en temps par des crises de coliques dont elle ne s'inquiète pas outre mesure. Le 25 juin, je suis appelé auprès d'elle par son médecin.

La malade a eu depuis la veille des vomissements et de vives douleurs abdominales. Température 39°,5. Pouls 120.

A l'examen, on découvre une tumeur médiane occu-

pant la région hypogastrique, et dépassant l'ombilic de deux travers de doigt.

A côté de cette tumeur immobile, une autre masse qu'on déplace facilement et qui occupe le flanc droit.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine n'est plus douteux, et devant la menace des accidents, l'intervention immédiate est pratiquée, le soir même, à l'hôpital de Luxeuil.

Incision médiane sous-ombilicale. Après libération de l'épiploon à côté de la tumeur hypogastrique on découvre, dans le flanc droit, au milieu des anxes intestinales auxquelles il n'est réuni que par des adhérences longues et lâches, le fœtus mort. Un fragment de cordon ombilical est adhérent à la tumeur, un autre fragment est adhérent au fœtus. La portion intermédiaire a disparu.

La libération et l'extraction du fœtus sont faciles.

La dissection de la tumeur hypogastrique est plus pénible. Cette tumeur est développée aux dépens de la trompe droite.

Elle présente avec l'anse sigmoïde des adhérences si intimes que, l'opération terminée, une portion de cette anse est privée de son méso.

Pour ne pas prolonger un acte opératoire déjà passablement laborieux, l'*anse dénudée est extériorisée* avec une portion saine en amont et en aval, puis le ventre est refermé.

L'utérus et les annexes sont conservés. Drainage du Douglas pendant deux jours.

Le quatrième jour, l'anse extériorisée commence à se sphacéler, comme il était prévu, et il s'établit un anus artificiel muni d'un éperon bien accentué.

Le 29 juillet, application d'une pince entérotome sur l'éperon.

Le 11 août, fermeture de l'anus artificiel.

Le 15 septembre, la malade quitte l'hôpital entièrement guérie.

OBSERVATION VIII

Grossesse extra-utérine à terme, enfant vivant ; laparotomie. — L'enfant est libre dans la cavité abdominale. — Abandon du placenta. — Guérison.

(Jacobs, Sem. Gynéc. 1901)

Femme de 33 ans prise à la fin d'une grossesse supposée normale et assez bien supportée de vomissements.

Oligurie, ténesme vésical, albuminurie, œdème. Son médecin traitant fait appeler le Dr Jacobs.

L'état général commande l'avortement thérapeutique. On met une sonde dans l'utérus ; la cavité est vide.

Le diagnostic de grossesse ectopique est fait à ce moment seulement, sans qu'aucun symptôme l'ait révélé.

Le Professeur Pinard et Duret conseillent la laparotomie.

L'enfant libre dans la cavité péritonéale est retiré vivant. Le placenta est très adhérent à l'intestin.

Pour éviter l'hémorragie, pour ne pas retarder inutilement l'opération, *le placenta est abandonné* et isolé le mieux possible de la grande cavité par une collerette d'épiploon et de compresses.

Drainage. — Elimination progressive sans accident.

Guérison.

OBSERVATION IX

Gestation ectopique prolongée avec putréfaction de l'œuf retenu dans l'abdomen jusqu'au 20e mois. Opération. — Guérison.

(Orfila. — Rev. Argentina de Obst. y Ginec. 1917.)

Gestation ectopique méconnue allant à terme. Mort de l'enfant.

Tableau clinique d'une affection purulente abdominale, *avec fistulisation abdominale, faisant penser à une péritonite bacillaire.*

Vingt mois après le début de l'aménorrhée, on pratiqua une intervention. Constatation de la vraie nature des accidents : *putréfaction d'un fœtus intra-abdominal.*

Opération (?). Guérison.

Enfant de 2.180 grammes.

Placenta : 800 grammes.

Extrémité du fémur œsifiée.

OBSERVATION X

Grossesse extra-utérine opérée à terme, enfant vivant ; ablation du placenta et du sac. — Guérison.

(Bocquel, Arch. mensuelle d'Obst. et de Gyn. d'Angers, nov. 1912)

Femme X..., 32 ans. *La grossesse que l'on croyait normale* a été accompagnée de crises douloureuses qui ont fait penser à l'appendicite et à la colique néphrétique ; pas de perte de sang ; pas d'émission de lambeaux de caduque. A 7 mois, diagnostic de grossesse angulaire.

Au voisinage du terme, faux travail prolongé. On pense à la grossesse extra-utérine, et par le cathétérisme, la cavité utérine est reconnue vide. Au palper, il avait été impossible de séparer le kyste fœtal du corps de l'utérus.

A l'opération, on trouve le placenta adhérent à la trompe gauche, à l'utérus, au cul-de-sac de Douglas. Nombreuses adhérences secondaires à l'épiploon ; de gros vaisseaux en partent et se dirigent vers le placenta. Ligature prophylactique de l'utérine et de l'utéro-ovarienne ; forte hémorragie consécutive au décollement des adhérences vasculaires. Cependant *le sac est enlevé* sans peine ; tamponnement ; drainage ; l'enfant est retiré vivant.

Guérison rapide de la mère.

L'enfant est bien constitué sans malformations.

Après quelques incidents d'allaitement, il sort bien portant de l'hôpital.

OBSERVATION XI

Grossesse ectopique opérée, reconnue au voisinage du terme. — Etat général grave, douleurs, vomissement, albuminurie, œdème. — Mort de la mère et de l'enfant.

(Martin, La Normandie Médicale, 1896)

Femme de 31 ans. Dernières règles le 20 mai 1895. Au début de la grossesse, chute qui entraîne des douleurs pendant 2 jours. En juillet perte de sang. En août, septembre, octobre, douleurs vives, vomissements. A partir du 24 octobre, amélioration En décembre, on fait le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta. Les douleurs

réapparaissent violentes ; troubles à la miction et à la difécation. Lavements laudanisés.

Vomissements incoercibles, urines albumineuses. œdème, maigreur, faciès grippé. *On fait le diagnostic. de grossesse gémellaire avec un enfant mort.* A ce moment nouvel examen. Tumeur abdominale transversale et tendue. Au toucher, masse dans le Douglas. Le toucher intra-utérin montre une cavité vide. Enfant vivant, bruit du cœur accéléré, foyer à droite. Piqûre de morphine et opération immédiate, *le diagnostic de grossesse ectopique étant posé.*

Kyste très adhérent ; *les membranes sont si friables que la marsupialisation est impossible ;* liquide amniotique verdâtre. L'enfant qui a souffert est retiré en état de mort apparente ; il est ranimé. *Ablation du placenta sur le fond de l'utérus.*

Mort de la mère le 29 février, 3 jours après l'opération. L'enfant pèse 2.050 grammes ; il est bien constitué, mais meurt au bout de trois heures.

OBSERVATION XII

Grossesse intra-ligamentaire à terme ; infection rapide de l'œuf au cours du faux-travail. — Ouverture du Kyste dans l'utérus. — Mort de l'enfant et de la mère.

(Tissier. Bull. de la Soc. d'Obst. de France, 1909.)

Primipare ayant présenté les symptômes d'une grossesse normale, sauf quelques douleurs vers le 3e mois, Au moment du travail, une sage-femme est appelée, le travail traîne en longueur. Le 27 juin, douleur subite violente accompagnée de choc, écoulement de sang par le vagin. On la fait transporter à l'hôpital avec le diagnostic

de rupture utérine. Là, *on pense au décollement prématuré du placenta.* L'enfant est vivant ; écoulement fétide, température 39°, pouls 140. Un ballon est placé dans le col ; la dilatation est achevée manuellement. Utérus vide. Opération d'urgence dans la nuit. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine intra-ligamentaire droite.

Liquide amniotique boueux ; intestin vascularisé ; péritoine dépoli. Extraction du fœtus mort depuis peu, *marsupialisation, mort rapide de la mère.* A l'autopsie, on constate que *le kyste s'était ouvert dans l'utérus* sur le bord droit duquel le placenta était partiellement inséré.

OBSERVATION XIII

Grossesse ectopique avec enfant vivant ; hypertrophie volumineuse du col ; laparotomie au voisinage du terme ; extirpation du placenta et des membranes. Guérison.

(Demelin et Devroigne, in thèse Delcamp, Paris, 1918.)

Femme de 32 ans, secondipare. Dernières règles le 15 juillet 1916. Aucun trouble dans les 3 premiers mois de la grossesse, mais perte de sang fin novembre accompagnée de douleur. On porte le diagnostic de : menace d'avortement, amélioration au bout de huit jours. Fin décembre nouvelle consultation — la femme se plaignant de prolapsus utérin. A l'examen, on constate une *hypertrophie volumineuse du col ;* le museau de tanche mesure 11 centimètres et dépasse la vulve ; l'orifice cervical interne est inaccessible au doigt. La grossesse est de six mois environ ; position du fœtus, vivant, mal définie. Diagnostic : grossesse normale avec hypertrophie du col.

Le 5 mars, crise douloureuse. Le 9 mars, nouvelle

crise douloureuse nécessitant une piqûre de morphine. Nouvel examen par le Dr Demelin ; on envisage la nécessité de l'amputation du col. Le 12 mars, *expulsion d'un lambeau de caduque* non identifié. Fœtus vivant, dos à gauche, tête mobile. La césarienne est décidée ; elle devra être pratiquée au début du travail. Le 16 mars, apparition de douleurs périodiques (faux travail).

Le Dr Devraigne intervient. Un kyste fœtal extra-utérin est découvert. Les parois du sac sont minces et se rompent. Le pôle membraneux présente des adhérences avec l'intestin. Le placenta est inséré sur la trompe droite. Les insertions se prolongent en avant sous la paroi abdominale. L'enfant est extrait ; le cordon lié. Tentative de décollement du placenta ; forte hémorragie. Rapidement les pédicules utérins et utéro-ovariens sont pincés. L'hémorragie s'arrête, section des pédicules. Ablation en masse de la trompe et du placenta. Les adhérences des membranes avasculaires cèdent facilement. *L'ensemble est extirpé.* Reconstitution de la brèche péritonéale. Enfouissement du moignon tubaire. Tamponnement. Drainage.

Suites opérations excellentes. Le 3 mai, phlébite légère. Guérison définitive le 5 juin.

L'enfant naît étonné ; il est ranimé. Poids : 3.750 grammes ; longueur : 45 centimètres. Région pariéto-temporale gauche aplatie. Saillie de la région correspondante à droite. Saillie de la bosse frontale droite.

Hémiatrophie gauche du massif facial. L'allaitement mixte se fait sans difficultés, sauf quelques troubles digestifs.

OBSERVATION XIV

Evolution invraisemblable d'une grossesse extra-utérine. — Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. — Hémorragie profuse de la délivrance entraînant la mort de la mère.

(Vaudescal. Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1924. T. XIII, p. 786.)

Le 12 septembre 1924, Mme P..., primipare, entre à la clinique Tarnier pour y accoucher. Ses dernières règles remontent au 8 décembre. A l'examen, par le palper, on ne note rien de particulier : le volume de l'abdomen est celui d'une grossesse près du terme ; la tête fœtale est profondément engagée, le dos est à droite ; on entend très nettement les bruits du cœur fœtal de ce côté. Cet examen confirme un examen antérieur fait à la consultation 15 jours avant.

Cependant, la femme accusant des douleurs assez vives, on pratique un toucher vaginal, afin de se rendre compte du degré de dilatation : ce toucher montre qu'il n'existe au fond du vagin rien qui ressemble à un col utérin dilaté ou non. C'est dans ces conditions que je vois la femme à 10 heures du soir, alors que les douleurs sont très vives et ont un caractère nettement expulsif. Deux valves mises en place dans le vagin montrent la convexité de la tête fœtal qui bombe en arrière du périnée à chaque contraction abdominale. *Elle est recouverte d'une membrane violacée*, épaisse, ne donnant, ni à la vue, ni au toucher, l'impression du tissu cervical, mais présentant en son centre une petite élevure blanchâtre qui pourrait à la rigueur représenter l'orifice externe

du col. Les contractions devenant de plus en plus violentes, à l'aide d'une pince de Kocher, on cherche à dilater cette cicatrice. Très facilement on ouvre une brèche, rapidement agrandie tant par un mouvement de circumduction du doigt que par sa dilacération spontanée. Une mince paroi membraneuse recouvre encore la tête fœtale ; on pense que c'est la poche des eaux et on la rompt ; il s'écoule une très légère quantité de liquide sanguinolent, et immédiatement la tête se dégage en O. P. spontanément, à la faveur des efforts expulsifs de la femme et d'une très légère expression abdominale. On termine rapidement l'extraction de l'enfant ; c'est une fille qui crie aussitôt ; elle est bien constitués, ne présentant aucune espèce de malformation, et pèse 2.800 grammes.

Jusqu'à ce moment, *on a l'impression qu'on est en présence d'un cas d'atrésie du col*, d'un aspect assez particulier, qu'on se réserve d'examiner lors que la femme sera délivrée.

Mais la délivrance tarde à se produire et comme la femme saigne un peu, on tente une délivrance artificielle par injection funiculaire. Cette manœuvre non seulement échoue, mais provoque une hémorragie tellement abondante, qu'on décide de pratiquer immédiatement la délivrance manuelle. En suivant le cordon, et en pénétrant dans ce qu'on pense être la cavité utérine, la main ne rencontre pas de masse placentaire, mais une surface tomenteuse, sans limites précises, dont on extrait difficilement les lambeaux. Pendant ce temps, la femme perd de plus en plus.

En cherchant à pratiquer cette délivrance artificielle, *on perçoit soudain du côté gauche de l'abdomen un corps utérin du volume du poing ;* c'est alors qu'on pense à la possibilité d'une grossesse ectopique à terme.

La laparotomie pratiquée immédiatement montre

qu'il s'agit bien d'une grossesse extra-utérine ; l'utérus et les annexes du côté gauche ont un aspect normal, bien que l'utérus soit très nettement augmenté de volume. Du côté droit, il n'existe qu'une amorce de la trompe ; le reste des annexes, infundibulum, pavillon tubaire, ovaire, est remplacé par une vaste poche membraneuse intimement adhérente aux anses intestinales, au fond de laquelle le cordon vient s'insérer en s'étalant. Les parois de ce sac membraneux sont le siège d'une hémorragie profuse telle que, pour l'arrêter, on décide de pratiquer rapidement la ligature des pédicules utéro-ovariens et l'hystérectomie.

Ceci fait, l'ablation du sac fœtal étant impossible en raison des adhérences qui la réunissent à l'intestin, on termine par la *marsupialisation* et le tamponnement serré du sac.

L'intervention est terminée rapidement par la suture de la paroi, mais la femme, depuis l'essai de la délivrance artificielle, a perdu une énorme quantité de sang. Elle est extrêmement shockée lorsqu'on la remet dans son lit. Malgré toute la thérapeutique mise en œuvre (injection d'huile camphrée, de sérum, d'adrénaline, essai de transfusion sanguine qu'on arrête à 30 grammes parce qu'elle semble augmenter les phénomènes de shock), la femme succombe deux heures après l'intervention.

OBSERVATION XV (résumée)

Grossesse abdominale à terme avec enfant mort. Laparotomie. — Hystérectomie. — Guérison.

(Shockkaert. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. année 1927. t. III, séance du 8 octobre)

Femme de 30 ans. III pare, sans antécédents. *Règles irrégulières.* Dernières règles le 1er août 1926. Dès lors

malaise continu, douleur dans la fosse iliaque gauche nécessitant le repos. Pendant toute la durée de la grossesse, nausées, vomissements, douleurs, pertes de sang noirâtres. Depuis le 1er mai 1927, pertes de sang brunâtres et sanguinolentes qui nécessitent l'hospitalisation le 29 mai.

A l'examen signes classiques de grossesse, mais la tumeur est située dans l'hémiabdomen gauche. Anorexie, constipation. Température : 38°,6. Traces d'albumine. A droite, dans la fosse iliaque, on sent au *devant de la tumeur l'utérus refoulé latéralement et mobilisé par le toucher vaginal* du col. Il est peu augmenté de volume. On sent le siège fœtal dans le cul-de-sac postérieur. Pas de bruits du cœur fœtal. Le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé, avec fœtus mort.

Une *injection de lipiodol* a été pratiquée dans l'utérus au moyen de la seringue de Braun. La canule est laissée dans le vagin et la radiographie, pratiquée par le Dr Boine, indique nettement la cavité utérine remplie de lipiodol et portée en avant et à droite par un fœtus ectopique en S. I. D. Chevauchement considérable des os du crâne. Forte incurvation de la colonne vertébrale.

Le 1er juin, laparotomie. Adhérences facilement libérables de l'épiploon à la tumeur. Ligature et section des deux ligaments ronds et du pédicule utéro-ovarique droit. Section et décollement du péritoine vésico-utérin. Artères utérines au-devant de la tumeur liées et sectionnées. Ligature du pédicule utéro-ovarique gauche qui se détache sur la partie antéro-latérale gauche du kyste fœtal dont la paroi est constituée par une coque de fibrine. Le côlon pelvien adhère. La musculeuse reste accolée à la paroi du kyste sur 4 à 5 centimètres. La muqueuse du côlon, distendue par des gaz, fait hernie. Surjet de soie fine.

Le kyste fœtal se rompt. Inondation par un liquide brunâtre. Extraction du fœtus avec le placenta et la paroi an-

térieure du kyste constituée en partie par l'utérus. *Hystérectomie totale*. On extirpe les membranes. Péritonisation haute, avec drainage. Tamponnement à la mèche iodoformée. Suites opératoires normales. Le fœtus, normalement constitué, à terme, macéré, pèse 2.100 grammes. Mort (probable) depuis trois semaines.

OBSERVATION XVI

Un cas de grossesse abdominale à terme. — Mort de la femme avant l'intervention.

(Jacquemard. Bull. de la Soc. médico-chirurgicale de l'Indo-Chine, 1924, p. 49)

Femme chinoise âgée de 19 ans, primipare, de constitution robuste sans antécédents personnels.

Entre à la Maternité de Hongay le 15 novembre 1923 au soir, se déclarant enceinte à terme, sans aucun incident au cours de la grossesse, et parce que le travail commencé depuis trois jours n'avance pas.

A l'examen, la parturiente apparaît en effet à terme et se plaint de douleurs d'expulsion, cependant que la main, appliquée sur la paroi abdominale, ne perçoit aucune contraction. La tête du fœtus apparaît exactement sous la peau, qui elle-même est très amincie, faisant saillie. On peut la mobiliser très facilement sous une grande amplitude.

On a la sensation nette que le fœtus n'est pas dans l'utérus, soit par grossesse abdominale, soit par rupture *de l'utérus*. Le pouls est misérable et l'état général très mauvais, mais aucun signe d'infection. On fait sérum, caféine, huile camphrée, et on attend que l'état général

soit un peu amélioré pour procéder à un examen plus complet.

Le 16, au matin, on donne un peu de chloroforme : le col de l'utérus est à peine dilaté et n'admet pas le doigt ; on fait la dilacération forcée, et le doigt atteint le fond d'un utérus vide sans trace de rupture. Le diagnostic s'impose de même que la conduite à tenir, mais étant donné l'état général, et aucune rupture de grossesse tubaire n'étant à craindre, on tente de le remonter avant d'intervenir : sérum, caféine, etc.

Le lendemain matin 17, à 5 heures, mort.

Autopsie. — Laparotomie médiane comme pour l'intervention : issue d'une assez grande quantité de liquide amniotique, teinté de sang, et tout de suite dans l'ouverture apparaît la tête du fœtus couverte de cheveux.

Ce fœtus n'est pas contenu dans une poche : il nage au milieu des anses intestinales qui, par endroits, se sont soudées entre elles comme pour constituer une poche : par l'ouverture agrandie, on extrait un fœtus de 3 kg. 600.

Le placenta est adhérent par endroits à l'intestin, au pôle supérieur de l'utérus et englobe dans sa masse la trompe et l'ovaire droits ; sa dissection d'avec les organes voisins a été longue et ardue pour ne rien léser, au point que sur le vivant *je me serais vu contraint de faire une hystérectomie pour aller plus vite.*

Poids du fœtus : 3 kg. 600. Poids du placenta : 1 kg. 060. Poids de l'utérus : 0 kg. 360.

Peut-être aurais-je dû intervenir dès l'entrée de la parturiente à la Maternité, mais je doute qu'elle ait pu supporter l'intervention à ce moment, et tout me porte à croire que le résultat eût été le même. Mais je suis persuadé, étant donnée la robustesse de constitution de la malade, que si elle s'était présentée plus tôt à la Maternité au lieu d'attendre trois jours de travail sans avancement, on aurait eu les plus grandes chances de la sauver.

OBSERVATION XVII (résumée)

Grossesse extra-utérine à terme. — Faux travail. — Accident revêtant le caractère de l'occlusion intestinale aigüe. — Mort de la mère et de l'enfant.

(Jeannin. Bull. de la Soc. Obst. Paris, 1907.)

Femme H pare, 27 ans. Dernières règles le 1er mars 1906. Sent remuer vers 4 mois 1/2. La grossesse paraît normale et n'est marquée que par des incidents peu graves. Le 10 décembre des douleurs apparaissent. *On croit à un début de travail.* La femme est envoyée à l'hôpital où on fait le diagnostic de présentation du siège. Le travail se prolonge. Douleurs abdominales violentes, vomissements, faciès grippé, ventre météorisé, langue sèche, dyspnée, pouls 141, arrêt des matières et des gaz, *pas de fièvre.* Tel est l'état de la malade au bout du troisième jour.

Le Pr Jeannin fait le diagnostic de grossesse ectopique après avoir constaté deux tumeurs abdominales et la vacuité de la cavité utérine. *L'enfant jusque là vivant, succombe.* Laparotomie. Eextraction d'un enfant mort depuis peu, transversalement placée en OIG, bien conformé, du poids de 2.500 grammes. Adhérences multiples. Placenta volumineux. Marsupialisation des membranes. *Mort de la mère.*

OBSERVATION XVIII (résumée)

Grossesse extra-ligamentaire à terme. — Fœtus mort. — Extraction du placenta. — Guérison.

(W. T. Kennedy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, New-York, déc. 1925, vol. X, n° 6 p. 858-862)

Grossesse intra-ligamentaire ayant évolué jusqu'au neuvième mois. A ce moment, la femme cesse de perce-

voir les mouvements du fœtus et vient consulter. Les bruits du cœur n'étaient pas perceptibles. A droite de la masse fœtale, on sentait une tumeur qui paraissait être l'utérus. Le cul-de-sac vaginal bombait et le rectum était comprimé.

A la laparotomie on ouvrit le kyste fœtal qui n'était pas rompu, et on retira un fœtus mort, légèrement macéré. *Le placenta fut séparé doucement du ligament large* et le sac fut refermé après un drainage abdominal. Guérison.

OBSERVATION XIX (résumée)

Grossesse extra-utérine près du terme. — Intervention après quatre ans de rétention. — Guérison.

(Aievoli. Riforma medica, an. XLI, n° 37, 14 déc. 1925, p. 871-872)

Une femme de 32 ans, après deux grossesses normales, présenta une troisième grossesse au cours de laquelle on ne remarqua *rien d'anormal pendant les sept premiers mois*. A ce moment, les mouvement fœtaux cessèrent ainsi que les battements du cœur fœtal ; de plus, *le développement de l'abdomen cessa de se produire*. L'époque du terme étant passée sans accouchement, on pensa à une erreur de diagnostic et les choses continuèrent ainsi pendant quatre ans.

A ce moment, l'auteur examina la malade ; celle-ci, très maigre, frappait par le développement extraordinaire de son abdomen : *tout faisait penser à un kyste volumineux de l'ovaire*.

L'opération montra une poche intra-abdominale dont le contenu liquide était sous tension ; des adhérences tenaces unissaient le sac aux parois de l'abdomen. On

réussit à extérioriser suffisamment le kyste pour en faire l'ouverture hors du ventre : le liquide était de couleur brune et très abondant (7 litres). Le fond du sac contenait de nombreux débris fœtaux squelettiques, et le sac lui-même était formé par le segment proximal de la corne utérine droite. *Résection de la trompe.* Guérison. Le fœtus avait la taille d'un fœtus entre le sixième et le septième mois.

OBSERVATION XX (résumée)

Grossesse intra-ligamentaire à terme. — Fœtus mort. — Marsupialisation. — Guérison

(Frommel-Münch. Med. Wochenschrift, 1892)

Femme de 33 ans, III pare. La grossesse débute et évolue sans incidents. Diagnostic : grossesse ligamentaire à terme, après faux-travail. Laparotomie. On voit que le sac fœtal a dédoublé le méso-côlon. Incision du méso. Le sac se rompt, il se produit une forte hémorragie. Extraction de l'enfant. Tamponnement de la cavité du sac fœtal avec la gaze iodoformée. *Marsupialisation* du sac tamponné.

Après quelques jours, symptômes d'empoisonnement avec l'iodoforme. On change le tampon pratiqué pour un autre avec la gaze simple. Le placenta est enlevé plus tard avec difficulté. Fistule stercorale due à une lésion intestinale, qui se guérit spontanément.

CONCLUSIONS

De l'ensemble des considérations que nous avons exposées à propos de la grossesse extra-utérine au voisinage du terme et de la rétention du fœtus mort, il se dégage les conclusions suivantes :

1° La grossesse ectopique évoluant jusqu'à terme, ou le dépassant avec rétention de l'enfant mort, est d'un pronostic grave pour la mère, à cause de la possibilité de complications nombreuses et redoutables. L'intervention, même pratiquée avec la meilleure technique, n'arrive pas toujours à sauver la vie de la femme, à cause de la moindre résistance du sujet épuisé par des accidents répétés, et peut-être aussi à cause de la possibilité de choc par résorption toxique ;

2° Le diagnostic présente le plus souvent des difficultés sérieuses, à cause de l'insuffisance ou de l'atténuation des signes. En conséquence, on doit plus souvent penser à la possibilité de grossesse ectopique devant une gestation à développement anormal et essayer de la dépister en s'aidant de deux moyens excellents et nouveaux : la radiographie si

l'enfant est vivant, la radioscopie avec injection intra-utérine de lipiodol si l'enfant est mort ;

3° L'opération doit être toujours pratiquée, en fixant le moment à intervenir selon les règles que nous avons formulées dans chaque cas particulier. Malgré sa gravité, elle seule peut amener la guérison.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
GOSSET.

Vu et permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Adiarof. — Wiener Klin. Wochenschr., 1907, p. 1614.

Aievoli. — Riforma medica. An. XLI, n° 37, 14 septembre 1925, p. 871-872.

Bar, Brindeau, Chambrelent. — La pratique de l'Art des Accouchements. Tome II, p. 443.

Bar. — Société obstétricale de Paris, 1911.

Baculescu. — Etude statistique de la grossesse extra-utérine. (Revue de Chir. Paris 1912, t. XLV, p. 946.)

Beck. — Traitement de la grossesse extra-utérine après le cinquième mois. (Journ. am. M. Ass., Chicago 1919, p. 962.)

Bocquel. — Arch. Mens. Obst. et Gyn. d'Angers, 1912.

Boppe et Rouffaut. — Hématocèle rétro-utérine suppurée ouverte dans le rectum ; occlusion intestinale aiguë. (Bull. et Mém. de la Soc. Anatomique, Paris, déc. 1924, n° 10.)

Courtois. — De la rétention du fœtus mort dans la grossesse extra-utérine. (Thèse Paris, 1928.)

Dauphin. — L'Obstétricie en 1924. (Thèse Paris, 1924.)

Demelin et Devraigne. — Grossesse ectopique avec enfant vivant. Hypertrophie volumineuse du col. Laparatomie au voisinage du terme. Extraction de l'enfant vivant,

du placenta et des membranes. Guérison. (In thèse Delcamp, Paris 1918.)

Demelin et Rochard. — Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1903.

Delcamp. — Thèse Paris, 1918.

Douglas. — Importance du diagnostic précoce dans la gestation ectopique. (Medical Journal and Record, New-York, nov. 1924.)

Eerland. — Grossesse extra-utérine. (Nederland Tydschrift vor Genees und, Amsterdam 1924, p. 326.)

Faure (J.-L.) et Siredey. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, p. 1259.

Franklin A. Dorman. — American Journal Obstetrics, New-York 1919.

Frommel. — Münch Med. Wochenschr. 1892.

Gabrieljantz. — Fœtus putréfié dans un cas de gestation ectopique. (Monatsschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Vol. LXV, cahier 3-4, janvier 1924.)

Gentsch. — Deux cas de grossesse extra-utérine avec enfant vivant à terme. (Centralblatt für Gynäkologie, n° 44, nov. 1924.)

Gauthier. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris, mai 1922.

Jacobs. — Semaine Gynécologique, 1901.

Jacquemard. — Un cas de grossesse abdominale à terme. (Bull. de la Soc. Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine, 1924, p. 45.)

Jeannin. — Bull. de la Soc. Obst. Paris 1907.

Jewett. — American Journal Obstetrics, 1923.

Kennedy. — Grossesse intra-ligamentaire à terme. (American Journal of Obst. and Gyn. New-York, déc. 1925, vol. X, p. 858-862.)

Lacouture et Charbonnel. — Journ. de Méd. de Bordeaux, 18 fév. 1912.

Lejars. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., Paris 1904.

Lemercier. — Thèse Paris 1900.

Lawson-Tait. — The Obst. Journ. of Great Britain and Ireland, 1880.

Litzmann. — Arch. für Gynakologie, 1880.

Martin. — La Normandie Médicale, 1896.

Magalhaes. — Grossesse ectopique récidivante. (Revista de Gyn. y Obst. de Brasil, n° 3, mars 1924.)

Michelon. — Etude pratique du radiodiagnostic fœtal. (Thèse de Lyon 1926-1927.)

Negebauer. — Gyn. Kongress Leipzig 1897.

Negebauer. — Centrallblatt für Gynakologie 1898, n° 30, p. 786.

Neumann. — Diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine. (Centrallblak für Gynakologie, n° 43, 25 oct. 1924.)

Orfila. — Revista Argentina de Obst. y Gyn. 1917.

Orillard. — Thèse Paris 1894.

Perdoux. — Bull. et Mém. de la Société de Chir. Paris 1919.

Pinard. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine ; 12 observations. (Bull. de l'Acad. de Méd. Paris 1894, t. XXXI, p. 149-153. — Semaine Médicale, Paris 1894, t. XX, p. 9-11. — Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris 1892, t. XXXIII, p. 99-171).

Potocki. — Annales de Gynécologie, 1904-1908.

Rawls. — American Journal Obstetrics, New-York 1919.

Raffetey. — Medical Record, 1903.

Ribemont-Desaignes et Lepage. — Précis d'Obstétrique.

Smith (R.-E.). — The Lancet, Londres 1920.

Sittner. — Deutsche Med. Wochenschrift, 1906, p. 30.

Sinclair. — Journal of Obst. and Gyn. of British Empire, 1902.

Stehlo. — Le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine dans les dix dernières années. (Centrallblatt für Gynakologie, 6 déc. 1924, n° 49.)

Spiedel et Turner. — Radiodiagnostic des gestations normales et anormales. (American Journal of Obst. and Gyn., juin 1924, n° 6.)

Schwartz, Lubin et Ameline. — Perforation du rectum par placenta ectopique. (Paris Médical, 21 juin 1924.)

Schockaerts. — Grossesse abdominale à terme avec enfant mort. Hystérectomie. Guérison. (Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 8 oct. 1927, t. III.)

Tissier. — Bulletin de la Soc. d'Obst. de France 1909.

Traverson. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine avec enfant vivant. (Thèse Paris, 1917.)

Tewfik Remzy. — Technique opératoire des grossesses intra-ligamentaires. (Revue d'Obst. et de Gyn. Paris 1924, p. 441.)

Vanverts. — Récidive de grossesse tubaire. (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris 1924, t. XIII, p. 453.)

Vaudescal. — Accouchement spontané à terme, par effraction du cul-de-sac de Douglas, d'un enfant vivant issu d'une grossesse tubaire. Hémorragie de la délivrance.

Mort de la mère. (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., Paris 1924, t. XIII, p. 785.)

Vignard. — Annales de Gyn. et d'Obst., t. XLVI. — Gazette Médicale de Nantes, t. XXL.

Voigt. — Centrallblatt für Gynakologie, 1891.

Violet. — Grossesse extra-utérine avec enfant mort 15 jours avant le terme. Extirpation par laparatomie deux mois après la mort de l'enfant. Guérison. (Soc. Nat. de Méd. de Lyon, séance du 5 mai 1926, in Lyon Médical 1926, t. II, p. 259.)